

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

**Jak ovlivnila coronavirová krize kvalitu života
rezidentů domova pro seniory**

Diplomová práce

Autor: Bc. Martina Panenková
Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce
Forma studia: kombinovaná
Vedoucí práce: PhDr. Lenka Neubauerová, PhD.



Zadání diplomové práce

Autor:	Bc. Martina Panenková
Studium:	U2053
Studijní program:	N6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce
Název diplomové práce:	Jak ovlivnila coronavirová krize kvalitu života rezidentů domova pro seniory.
Název diplomové práce AJ:	How the crisis of coronavirus has affected the life quality of people from the retirement home.

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce se bude zabývat ovlivněním kvality života uživatelů domova pro seniory v období coronavirové krize. Budou popsány činnosti sociální služby a jejich ovlivnění proticoronavirovými opatřeními. Výzkumem bude analyzovat vliv protiepidemických opatření na kvalitu života uživatelů z pohledu seniorů i pracovníků domova. Bude použita kvalitativní strategie, technika rozhovoru. Výzkum bude realizovaný v domovech pro seniory v Královéhradeckém kraji.

Diplomová práce se bude zabývat ovlivněním kvality života uživatelů domova pro seniory v období coronavirové krize. Budou popsány činnosti sociální služby a jejich ovlivnění proticoronavirovými opatřeními. Výzkumem bude analyzovat vliv protiepidemických opatření na kvalitu života uživatelů z pohledu seniorů i pracovníků domova. Bude použita kvalitativní strategie, technika rozhovoru. Výzkum bude realizovaný v domovech pro seniory v Královéhradeckém kraji.

Zadávací pracoviště:	Ústav sociální práce, Filozofická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Lenka Neubauerová, Ph.D.
Oponent:	Mgr. Jan Hloušek, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	30.4.2020

Prohlášení: Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 13.12.2022

Bc. Martina Panenková

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala paní PhDr. Lence Neubauerové, PhD. za její vstřícný přístup, za ochotu, odborné vedení diplomové práce, podněty a cenné rady. Též bych ráda poděkovala za podporu mé rodině.

Anotace

PANENKOVÁ, Martina. *Jak ovlivnila coronavirová krize kvalitu života rezidentů domova pro seniory*. Hradec Králové, 2022, 102 s. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce filozofické fakulty. Vedoucí práce: PhDr. Lenka Neubauerová, PhD.

Diplomová práce se zabývá ovlivněním kvality života rezidentů domova pro seniory coronavirovou krizí. Teoretická část je rozdělena do sedmi kapitol. První kapitola je věnována stárnutí a stáří, demografickému vývoji populace. Dále jsou vysvětleny pojmy senior, stárnutí, stáří a popsány aspekty stáří. Druhá kapitola se věnuje kvalitě života. Tato kapitola popisuje kvalitu života z různých přístupů – psychologického, sociologického a medicínského. Třetí kapitola se věnuje potřebám seniorů, které jsou rozděleny dle typologie potřeb a nalezneme zde i nejznámější motivační teorii potřeb A. H. Maslowa. Čtvrtá kapitola přibližuje současný systém péče o seniory v České republice. Je zde popsána péče rodinná, zdravotní a sociální. Blíže je zde specifikována rezidenční sociální služba domov pro seniory a co vše tato služba nabízí, jakým způsobem probíhá jednání se zájemcem o službu a jak je provázán s kvalitou. Pátá kapitola se věnuje kvalitě sociálních služeb a jejímu vývoji. Jsou zde přiblíženy standardy kvality sociálních služeb, inspekce kvality, vysvětleny pojmy, které úzce souvisejí s kvalitou v sociálních službách. Šestá kapitola je zaměřena na kvalitu života rezidentů v domovech pro seniory. Poslední kapitola teoretické části se věnuje COVIDU-19 a ovlivnění proticoronavirovými opatřeními. Praktická část je rozdělena do dvou kapitol. První z nich se věnuje metodologii výzkumu. Cílem této diplomové práce je zjistit, jak coronavirová krize ovlivnila kvalitu života rezidentů v domovech pro seniory. Dílčí cíle byly zaměřeny na zjištění nejvíce ovlivněných oblastí kvality života z pohledu rezidentů a pracovníků zařízení. Použita byla kvalitativní strategie a technika polostrukturovaného rozhovoru. Druhá kapitola praktické části interpretuje výsledky výzkumného šetření.

Klíčová slova: senior, uživatel, kvalita života, covid -19, domov pro seniory

Annotation

PANENKOVÁ, Martina. *How the coronavirus crisis has affected the quality of life of nursing home residents*. Hradec Králové, 2022, 102 pp. of Diploma thesis. University of Hradec Králové, Department of Social Work Faculty of Philosophy. Thesis Leader: PhDr. Lenka Neubauerová, PhD.

The thesis deals with the impact of the coronavirus crisis on the quality of life of nursing home residents. The theoretical part is divided into seven chapters. The first chapter is devoted to aging and old age. First, ageing and old age, then there is presented the demographic development. Furthermore, the terms senior, aging and old age are explained and the aspects of old age are described. The second chapter focuses on quality of life. This chapter describes quality of life from a different points of view - psychological, sociological and medical. The third chapter is devoted to the needs of the elderly, these are divided according to the typology of needs and we can find there the most famous motivational theory of needs by A. H. Maslow. The fourth chapter presents the current system of care for the elderly in the Czech Republic. It describes family, health and social care. The residential social service home for elderly is presented, available in house service, process of negotiation with the potential resident and how it is all linked to a quality is described. The fifth chapter is devoted to the quality of social services and their development. The quality standards of social services, quality inspections, and concepts that are closely related to the quality in social services. The sixth chapter focuses on the quality of life of residents in the homes for elderly. The last chapter of the theoretical part focuses on COVID-19 and the impact of the antiviral measures. on the quality of life of nursing home residents. The practical part is divided into two chapters. The first one is devoted to the research methodology. The aim of this thesis is to find out how the coronavirus crisis has affected the quality of life of elderly in the nursing homes. The sub-objectives were focused on identifying the most affected areas of quality of life from the perspective of the residents and the facility staff. A qualitative strategy and a semi-structured interview techniques were used. The second chapter of the practical part interprets the results of the research investigation.

Keywords: senior, user, quality of life, covid -19, home for the elderly, nursing home

Seznam zkratk

č.	číslo
Sb.	Sbírka zákonů
ZSS	Zákon o sociálních službách
APSS ČR	Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
NSS	Nepříznivá sociální situace
ČSÚ	Český statistický úřad

OBSAH

ÚVOD.....	10
I CÍL PRÁCE A NÁSTIN METODIKY ZPRACOVÁNÍ	12
II. TEORETICKÁ ČÁST.....	15
1 OBECNĚ O STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	15
1.1 Demografický vývoj populace v České republice	16
1.2 Vymezení pojmů senior, stárnutí a stáří	18
1.3 Aspekty stáří.....	20
2 KVALITA ŽIVOTA	25
2.1 Psychologické pojetí kvality života.....	28
2.2 Sociologické pojetí kvality života	28
2.3 Medicínské pojetí kvality života	29
3 POTŘEBY SENIORŮ	31
3.1 Motivační teorie potřeb dle A. H. Maslowa	32
4 SOUČASNÝ SYSTÉM PÉČE O SENIORY V ČESKÉ REPUBLICE	34
4.1 Rodinná péče	34
4.2 Zdravotní péče.....	34
4.3 Sociální péče	35
5 KVALITA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	41
5.1 Vývoj kvality v sociálních službách v České republice	41
5.2 Standardy kvality v sociálních službách a jejich kontrola	43
5.3 Jednání se zájemcem o sociální službu	46
5.4 Klíčový pracovník	49
5.5 Individuální plánování.....	50
5.6 Adaptační proces	51
6 KVALITA ŽIVOTA UŽIVATELŮ V DOMOVĚ PRO SENIORY	53
7 OVLIVNĚNÍ KVALITA ŽIVOTA PANDEMÍ COVID - 19	55
SHRNUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI.....	60
III. EMPIRICKÁ ČÁST	62
8 METODOLOGIE VÝZKUMU	62
8.1 Hlavní výzkumný cíl a dílčí cíle.....	62
8.2 Výzkumná strategie.....	69
8.3 Technika sběru dat	70
8.4 Etika a rizika výzkumu.....	72
8.5 Výběr souboru informantů	73
8.6 Realizace výzkumného šetření	76

8.7 Interpretace výstupů zjištěných výzkumem	77
8.8 Závěrečné zhodnocení	89
ZÁVĚR	92
SEZNAM TABULEK, GRAFŮ A OBRÁZKŮ	95
POUŽITÁ LITERATURA	96
PŘÍLOHY	102

ÚVOD

Tato diplomová práce se zabývá ovlivněním života a kvality života uživatelů domova pro seniory coronavirovou krizí. Hlavním důvodem volby tohoto tématu byla má dlouholetá praxe v sociální oblasti a v posledních deseti letech se zaměřením právě na seniory v pobytových zařízeních. Senioři patří mezi velmi zranitelné osoby a z tohoto důvodu je třeba s ohledem na jejich možnosti a schopnosti chránit je samotné i jejich práva. K této cílové skupině mám i osobně velmi blízko, vážím si osob v seniorském věku. Každý z nich prožil svůj život jiným způsobem, zažil si radosti i starosti, získal mnoho zkušeností, vychoval další generaci. Proto vnímám péči o seniory jako jakýsi způsob vyjádření poděkování za to, že se starali oni o naše rodiče, o nás samotné, když jsme byli dětmi.

Senioři jsou lidé, kteří se často stávají oběťmi, jsou křehcí, citliví a je třeba je ochraňovat, pomáhat jim hájit jejich práva. Jedná se o skupinu lidí, kteří jsou velmi zranitelní, neboť jsou již často závislí na pomoci druhých a potřebují naši pozornost, pomoc a péči. V sociálních službách se již dlouhá léta hovoří o kvalitě poskytovaných sociálních služeb, kterou je třeba neustále zvyšovat. Z tohoto důvodu také vznikly tzv. Standardy kvality sociálních služeb. Cílem bylo ochránit zranitelné skupiny jako například i seniory, dodržovat lidská i občanská práva a svobody, poskytovat služby tak, aby podporovaly autonomii uživatelů a zajišťovaly jejich důstojnost. S přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a jeho prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb. byly stanoveny poskytovateli sociální služby povinnosti, které musí plnit. Jednou z těchto povinností je i dodržování výše zmíněných standardů kvality sociálních služeb. Uživatel služby se v podstatě staví do pozice měřítka úspěšnosti kvalitně poskytovaných služeb. Díky stále se zvyšujícímu počtu stárnoucí populace se hovoří přímo o péči o seniory. Dodržování standardů kvality by tedy mohlo být chápáno jako zaručení kvality poskytovaných sociálních služeb. To se však nemusí zcela slučovat s pohledem uživatele či rodiny uživatele na kvalitu života. To tedy znamená, že i při dodržování zákonem stanovených kritérií poskytovatelem sociální služby nemusí být služba uživatelem považována za kvalitní. Pro mnohé uživatele je naprosto zásadním mít pocit jistoty, bezpečí, mít co jíst, pít, být v suchu a teple, mít okolo sebe někoho,

kdo mu pomůže, když potřebuje, kdo má na něj čas, kdo se k němu chová s úctou a respektem a mít možnost setkávat se svými blízkými, využívat běžně dostupné veřejné služby, volně se pohybovat. To vše ovlivnila nová neznámá nemoc, která postihla celý svět. Šířila se jako lavina a přinášela sebou mnoho neznámého, děsivého. Ve všech zemích se snažili šíření této nemoci zabránit, u nás to nebylo jiné, a tak byla vládou naší země přijímána různá opatření k zamezení šíření této nemoci. Nastalá coronavirová krize a přijatá opatření, které jednotlivá zařízení aplikovala k zamezení šíření onemocnění covid – 19 především právě v nejvíce ohrožené skupině, a to skupině seniorů měla svůj dopad na jejich běžný život.

Tato diplomová práce je rozdělena do tří částí. První část se věnuje vymezení hlavního cíle a dílčích cílů. Následuje teoretická část, ve které jsou vysvětleny a přiblíženy zásadní pojmy spojené s kvalitou života a poskytováním sociálních služeb. Poslední částí je empirická, ve které je popsána výzkumná část včetně zjištění.

I CÍL PRÁCE A NÁSTIN METODIKY ZPRACOVÁNÍ

Stárnutí populace je nezastavitelný a nepopíratelný fakt. Z tohoto důvodu je třeba věnovat pozornost právě seniorům, neboť se to netýká jen našich rodičů či prarodičů, ale jednou budeme v seniorském věku i my. Je potřeba o tomto tématu hovořit a zabývat se aktivně stárnutím a stářím. To vše je úzce spjato i s kvalitou celého života, se způsobem života, společností a prostředím, ve kterém žijeme. Seniori patří mezi cílovou skupinu, která je velmi zranitelná, křehká, ovlivnitelná, zneužitelná, a proto je třeba těm, kteří již nemohou samostatně prosazovat a hájit svá práva pomáhat.

S výskytem nového onemocnění, které pro celý svět bylo jednou velkou děsivou neznámou, nastalo období strachu, obav. To vše velmi citelně zasáhlo právě seniory. V rámci celého světa byla přijímána různá opatření, která měla zabránit v šíření nemoci. Tato opatření zasáhla nás všechny a to zásadně. Nejvíce však právě ty, kteří žijí sami často i bez rodiny v domovech pro seniory. V rámci jiných zemí i naší země se uskutečnilo mnoho výzkumů zaměřených na kvalitu života. Nalezneme i mnoho odborné literatury věnující se tomuto tématu. Ale kvalita života verzus onemocnění covid -19 objevíme spíše jen v bakalářských či diplomových pracích, neboť se jedná o stále aktuální téma v celosvětovém měřítku. Je proto důležité nezapomenout a mluvit o tom, jaký dopad tato nemoc na seniory měla a hledat cesty, jak ochránit seniory a zároveň stále pomáhat hájit jejich práva, které jim zakládá v České republice Listina základních práv a svobod.

Hlavním cílem práce je zjistit, jak coronavirová krize ovlivnila kvalitu života rezidentů v domovech pro seniory.

K dosažení hlavního cíle byly stanoveny níže uvedené dílčí cíle.

DVC 1: Ověřit, jak ovlivnila coronavirová krize kvalitu života rezidentů domova pro seniory v oblasti kontaktu se svými blízkými.

V DVC 1 bude prostřednictvím rozhovorů s rezidenty zařízení ověřováno, zda byly respondenti v kontaktu s rodinou či známými v době aplikovaných

protikoronavirových opatření a jak je to ovlivnilo. Dále bude zjišťováno, zda byly hledány alternativy k zachování kontaktu.

DVC 2: Ověřit, jak ovlivnila coronavirová krize kvalitu života rezidentů domova pro seniory v oblasti využívání veřejně dostupných služeb.

V DVC 2 bude prostřednictvím rozhovorů s rezidenty zařízení zjišťováno, zda respondenti mohli využívat veřejně dostupné služby, jako například kadeřnice, pedikúra, v době aplikovaných protikoronavirových opatření a jak je to ovlivnilo. Také bylo zjišťováno, zda byla nabídnuta a rezidenty využita nějaká alternativa.

DVC 3: Ověřit, jak ovlivnila coronavirová krize kvalitu života rezidentů domova pro seniory v oblasti využívání volnočasových aktivit.

DVC 3 se zaměřuje na ověření, zda rezidenti mohli využívat volnočasové aktivity ať již skupinové nebo individuální v době aplikovaných protikoronavirových opatření a jak je to ovlivnilo. Zároveň bude analyzováno, jak rezidenti v době covid-19 trávili volný čas.

DVC 4: Ověřit, jak vnímají pracovníci domova pro seniory dopad coronavirové krize na kvalitu života rezidentů domova pro seniory.

DVC 4 bude ověřováno od pracovníků přímé péče, tedy od pracovníků v sociálních službách, aktivizačních pracovníků, sociálních pracovníků a pracovníků, všeobecných sester, jak z jejich pohledu ovlivnila protikoronavirová opatření kvalitu života rezidentů služby domov pro seniory. V jakých oblastech nejvíce.

Teoretická část je rozdělena do sedmi kapitol. V první kapitole nalezneme demografický vývoj populace České republiky, vysvětlení pojmů senior, stárnutí a stáří. Jsou zde definovány aspekty stáří. Druhá kapitola přibližuje kvalitu života z různých přístupů – psychologického, sociologického a medicínského. Třetí kapitola se věnuje potřebám seniorů. Potřeby budou rozděleny dle typologie potřeb a připomeneme si motivační teorii potřeb známého psychologa A. H. Maslowa. Čtvrtá kapitola popisuje současný systém péče o seniory v České republice, který je rozdělen na tři typy péče - rodinnou, zdravotnou a sociální. Dále je zde definována rezidenční sociální služba domov pro seniory, včetně poskytovaných činností a úkonů. S kvalitou

v rezidenčních službách je spojen proces jednání se zájemcem o službu, který je zde také popsán. Pátá kapitola se věnuje kvalitě sociálních služeb, jejímu vývoji v České republice. Jsou zde přiblíženy standardy kvality sociálních služeb, inspekce kvality, vysvětleny pojmy, které úzce souvisejí s kvalitou v sociálních službách, a to klíčový pracovník, individuální plánování a adaptační proces. Předposlední kapitola je zaměřena na kvalitu života rezidentů v domovech pro seniory. Poslední kapitola teoretické části se věnuje COVIDU-19 a ovlivnění proticoronavirovými opatřeními.

Praktická část je rozdělena do dvou kapitol. První z nich se věnuje metodologii výzkumu a druhá interpretaci výsledků výzkumu. Hlavním cílem této diplomové práce je zjistit, jak coronavirová krize ovlivnila kvalitu života rezidentů v domovech pro seniory. K dosažení hlavního cíle byly stanoveny výše uvedené dílčí cíle. Vlastní šetření se uskutečnilo ve dvou domovech pro seniory v Královéhradeckém kraji. Obě zařízení jsou příspěvkovými organizacemi Královéhradeckého kraje. Zvolena byla kvalitativní strategie a technika polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor byl veden jak s rezidenty domovů pro seniory, tak i s pracovníky přímé péče, tedy pracovníky v sociálních službách, všeobecnými sestrami, sociálními pracovníky.

Získané poznatky mohou poskytovatelé sociálních služeb zohlednit v krizových plánech, ať již pro jejich aktualizaci či vytvoření. Zároveň by mohl být dobrý stimul pro zamyšlení nad tvorbou kompenzačních pomůcek usnadňujících komunikaci s uživateli (průhledný respirátor či jiná ochrana dýchacích cest) a také jak minimalizovat dopad případných přijatých opatření na kvalitu života rezidentů domovů pro seniory.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1 OBECNĚ O STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

V této kapitole si přiblížíme v obecné rovině pojmy stárnutí a stáří. Oba tyto pojmy patří mezi velmi diskutované už staletí. Často je s nimi spojována i smrt. V dávných dobách lidé snili o věčném mládí a životě, hledali způsoby, jak stárnutí oddálit. Kolovalo o nich mnoho mýtů, které jsou již překonány. Dnes můžeme říci, že stárnutí i stáří je ovlivňováno mnoha faktory. Za jeden z nich je možno považovat životní styl každého z nás. Na straně druhé žádná z doposud provedených studií nedokazuje, že by stáří bylo důvodem zvyšujícího se výskytu nemocí. (Žumárová, 2012)

„V uplynulých obdobích byl fenomén stáří vnímán rozdílnou intenzitou, ale také různými úhly pohledu. Stárnutí populace je záležitostí celosvětovou a očekávání postupného stárnutí společnosti se nevyhne ani České republice. Tento fakt vyžaduje aktivní přístup profesionálů a hledání optimálních řešení ve všech sférách společenského života. Rostoucí počty seniorů tvoří heterogenní skupinu, ve které se nacházejí jak zdraví, tak i nemocní jedinci. Všichni však mají nárok na odpovídající profesionální zdravotní i sociální péči, která zachová jejich důstojnost i ve vysokém věku.“ (Dvořáčková, 2012:9)

Málo kdo z nás rád hovoří o stárnutí či stáří. Jak uvádí Žumárová (2012), spíše se tomuto tématu vyhýbáme, dokud se nás to bezprostředně nedotkne, a to většinou nastalou situací spojenou se stářím ať již v rodině, kdy někdo z našich blízkých začne mít obtíže, které vyžadují pomoc nebo my samotní vstoupíme do této životní etapy.

Kdy tedy začínáme vlastně stárnout? Dle Malíkové (2011), od chvíle, kdy se narodíme, až do okamžiku, kdy zemřeme. Život každého z nás prochází různými vývojovými etapami, které ho zásadně ovlivňují. Jednotlivé etapy nabízejí jisté možnosti, ale zároveň i omezení, která platí i pro období stárnutí a stáří. Ne vždy si však toto uvědomujeme.

Pacovský a Heřmanová (1981:57) uvádějí, že „*Stárnutí a stáří je specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódovaný, je nevratný,*

neopakuje se, jeho povaha je různá a zanechává trvalé stopy. Jeho rozvoj se řídí druhově specifickým zákonem. Podléhá formativním vlivům prostředí.“

Ve velké míře tedy sami způsobem, kterým žijeme formujeme podobu svého stáří. Během života získáváme mnoho znalostí, zkušeností, které můžeme zužitkovat. Každý z nás by se měl i zamýšlet nad tím, jak si představuje vlastní stáří, jak by ho chtěl prožívat. Zároveň bychom neměli ani opomíjet úvahy nad tím, jak by mělo vypadat stáří našich rodičů. V každé životní etapě můžeme mít jiné priority, jiný pohled na to, co je pro nás důležité, co činí náš život kvalitním.

Otázky týkající se stárnutí a stáří nás samotných i našich blízkých v nás mohou vyvolávat i informace s médií, které hovoří o celosvětovém stárnutí populace a s tím souvisejících možných problémech se zajištěním kvalitního života ať již v oblasti fyziologické nebo ekonomické.

1.1 Demografický vývoj populace v České republice

Stárnutí populace potvrzují i data Českého statistického úřadu (dále jen ČSÚ). Porodnost příliš neroste a přibývá populace ve vyšším věku, přestože počet obyvatel v podstatě stagnuje. Jedná se o celosvětový trend, situace v České republice není výjimkou. Nastalá situace je ovlivňována, jak již bylo zmíněno sníženou porodností, ale i pokrokem v medicíně díky kterému se daří zachraňovat více lidských životů. To vede ke zvyšování věku, kterého se lidé dožívají. (Dvořáčková, 2012)

Z informací z ČSÚ (2022) je zřejmé, že i přes výskyt nového onemocnění Covid – 19, které zvýšilo počet úmrtí, v roce 2020 počet seniorů ve věku 65 let a více vzrostl. Meziroční nárůst byl ale tentokrát za uplynulých 16 let nejnižší. Ovlivnil to počet právě zemřelých seniorů, který byl nejvyšší v historii za více jak sto let fungování samostatného státu.

I přes zhoršené úmrtnostní podmínky v důsledku epidemie nového onemocnění Covid-19 v roce 2020 počet seniorů ve věku 65 a více let dále rostl a zvýšil se i jejich podíl v celé populaci. Meziroční nárůst celkového počtu seniorů o 27 tisíc (o 1,3 %) byl však vůbec nejnižší od roku 2005, tedy za posledních 16 let, zatímco v ostatních letech druhé dekády 21. století se roční přírůstky pohybovaly v rozmezí 2,2–3,9 %.

Seniorů totiž v roce 2020 zemřelo o 16,1 tisíce (o 17 %) více než o rok dříve, celkem 109,2 tisíce, a tento počet byl nejvyšší ve více než stoleté historii samostatného státu (více než 100 tisíc seniorů za jeden rok dosud zemřelo pouze v roce 1980). (ČSÚ, 2022)

Počet seniorů má stále stoupající tendenci, což potvrzují i data k 31.12.2020 Českého statistického úřadu, která uvádějí, že senioři zastupovali prvně pětinu celého obyvatelstva naší země a za posledních deset let se počet seniorů zvýšil více jak o půl milionu. (ČSÚ, 2022)

Tento trend neustále se zvyšujícího počet seniorů nad 65 let má své počátky v druhé polovině 80. let 20. století. V 21. století ovlivnil nárůst osob nad 65 let především počet osob ze silných ročníků, které se narodily v období po 2. světové válce a zároveň neustále se prodlužující délka života. (ČSÚ, 2022)

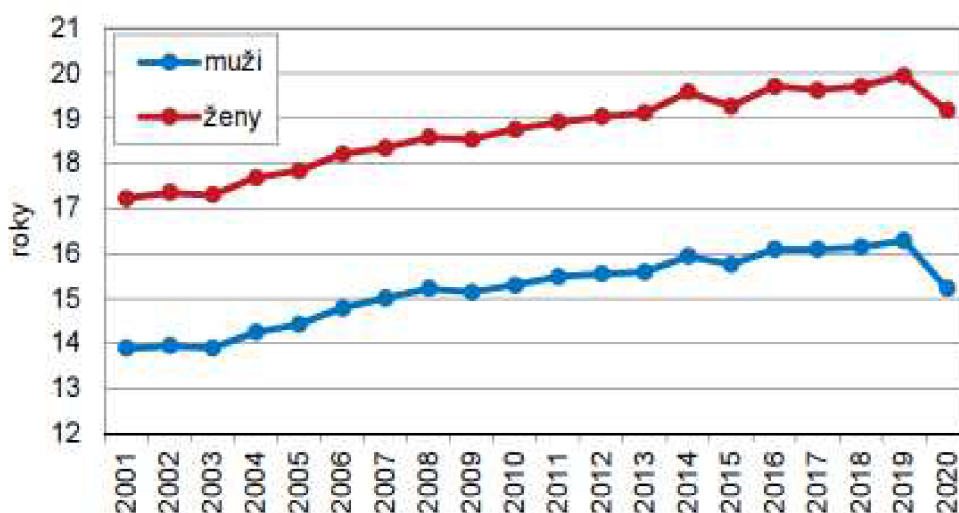
Tabulka č. 1 – Věkové složení seniorské populace 65+ ve vybraných letech (stav k 31.12.)

Věk (v letech)	2011	2015	2017	2019	2020
65–69	554 230	692 992	684 548	678 927	672 418
70–74	384 438	495 189	569 661	602 974	621 177
75–79	313 316	323 695	358 552	408 629	417 201
80–84	231 596	232 005	226 588	234 495	244 137
85–89	121 524	135 023	141 839	142 589	138 490
90+	31 865	53 508	58 995	64 016	64 899
Podíl 65+letých v populaci (%)	15,6	18,3	19,2	19,9	20,2

Zdroj: ČSÚ, 2022

Dlouhodobý trend rostoucí tzv. naděje na dožití při narození se zastavil v roce 2020. Důvodem byla právě epidemie Covid -19, která zásadně ovlivnila úmrtnost. Došlo tak ke snížení hodnoty ukazatele meziročně o 1 rok u mužů a o 0,7 roku u žen (na 75,3 let, resp. 81,4 let). (ČSÚ,2022)

Graf č. 1 – Naděje dožití ve věku 65 let podle pohlaví v letech 2001 - 2020



Zdroj: ČSÚ, 2022

1.2 Vymezení pojmů senior, stárnutí a stáří

1.2.1 Senior

Pojem senior není v České republice právně ukotven, nicméně se již zažil a je hojně používán. Je často spojován s odchodem do penze. Zpravidla jsou takto pojmenovávány osoby, které dosáhly věku 65 let a výše. Senioři České republiky, z.s. upozorňují na potřebu pojem senior definovat. Dle jejich pohledu je senior osoba, která naplnila stanovená pravidla pro získání starobního důchodu dle podmínek uvedených v legislativě naší země, ať je či není příjemcem tohoto důchodu. (Senioři České republiky, z.s., 2022)

Dle Haškovcové (2012), lze za seniora považovat člověka ve vyšším věku, ale i nejstaršího a většinou váženého člena jisté společnosti.

1.2.2 Stárnutí

Dle Malíkové (2011) bývá na stárnutí nahlíženo negativně, přináší sebou obavy z přicházejících změn, očekávaných problémů, omezení, které je důsledkem

ztráty soběstačnosti. Dochází ke snížení mentálních funkcí a kontaktů s okolním světem. V neposlední řadě také dochází ke ztrátě schopnosti seberealizace. To vše umocňují obavy vedoucí ke strachu z ponížení, ztráty lidské důstojnosti a úcty v důsledku snížení soběstačnosti. Uvedené obavy však nejsou zcela relevantní, neboť při fyziologickém průběhu stárnutí nemusí nastat výše uvedené problémy. Každý z nás má jiný průběh stárnutí.

Malíková (2011:15) podle Topinkové a Neuwirtha vnímá stárnutí jako „*specifický nezvratný a neopakovatelný biologický proces, který je univerzální pro celou přírodu a jehož průběh je nazýván životem. Délka života je přitom geneticky determinovaná a pro každý druh specifická.*“

Podle Hrozenkové a Dvořáčkové (2013) se stáří vyznačuje probíhajícími změnami, které vedou k tělesným změnám, ke snížení schopností a mají vliv na naši výkonnost. Některé schopnosti klesají jiné se naopak zvyšují. Každý jedinec je ovlivňován i svým aktuálním zdravotním stavem, tedy dochází k rozdílům mezi jednotlivci stejného věku.

Pacovský (1990) vnímá stárnutí jako putování do stáří. Stárnutí dělí na fyziologické a patologické. Fyziologické stárnutí vnímá jako běžnou součást života a legální období ontogeneze. Patologické stárnutí popisuje, jako předčasné, tedy funkční věk neodpovídá kalendářnímu věku, který je nižší.

Výstižnou definici stárnutí nám představuje Dvořáčková (2012) podle Langmeiera a Krejčíkové, kteří uvádějí že „*Pod pojmem stárnutí se nejčastěji rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které se projevují zvýšenou zranitelností a poklesem výkonnosti jedince.*“

Můžeme tedy říci, že se jedná o změny, jak fyzické, tak i psychické, které ovlivňují organizmus v průběhu času.

1.2.3 Stáří

Stárnutí nás provádí celým životem, jak již bylo uvedeno výše, oproti tomu stáří je často vnímáno jako životní etapa, která je plná negativ. Ztráta eventualit, chuti

do života, potěšení, očekávání, optimismu. Ale stáří může být zcela jiné, záleží jen na pohledu, jak uvádí Malíková (2011).

Jsou i tací, kteří na stáří těší. Těší se až přestanou pracovat, budou užívat důchodu, budou mít více volného času pro sebe, budou se moc více věnovat svým koníčkům, navštěvovat přátele, věnovat se vnoučatům, cestovat.

Vymezit jednoznačně stáří je dle Dvořáčkové (2012) v podstatě nemožné vzhledem k jedinečnosti každého z nás a dalších vlivů, které na nás působí. V literatuře můžeme nalézt mnoho definic stáří.

Dle Mühlpachra (2008) je možné stáří brát jako pozdní období života, které ovlivňováno mnoha vlivy a sociálními změnami během života. Je ovlivňováno prostředím, ve kterém jsme žili, našim životním stylem, genetickým zatížením našeho organismu, sociálními změnami v různých obdobích života.

Pichaud (1998) uvádí, že stáří můžeme definovat také jako období, kdy dochází k zásadní změně dosavadního způsobu života. Děti dospěly a osamostatnily se, ztráta partnera, odchod do důchodu, změna ekonomické situace. To vše zásadně ovlivňuje život, dochází ke změně způsobu života, což má vliv i na jeho kvalitu jako takovou.

Také Haškovcová (1990) považuje stáří za běžnou součást lidského života, která je napojena na předcházející období dětství, adolescence a dospělosti. Klade důraz na to, že stáří není možné považovat za nemoc, ale jedná se o přirozený proces změn. Během celého našeho života probíhají změny, které jsou mnohem znatelnější především v pozdějším věku.

Představy o stáří se tak člověk od člověka liší. Záleží i na konkrétní fyzické, psychické, ekonomické, sociální situaci jedince, která ovlivňuje představy o budoucnosti.

1.3 Aspekty stáří

Stáří a stárnutí ovlivňuje mnoho okolností. U každého člověka ve stáří dochází k řadě změn. Ty zásadní Venglářová (2007:12) popisuje na třech úrovních: tělesné, psychické a sociální (viz tabulka č. 2)

Tabulka č. 2 - Přehled změn ve stáří (podle Venglářové, 2007:12)

Tělesné změny	Psychické změny	Sociální změny
<ul style="list-style-type: none"> - změny vzhledu - úbytek svalové hmoty - změny termoregulace - změny činnosti smyslů - degenerativní změny smyslů - kardiopulmonální změny - změny v trávicím systému (trávení, vyprazdňování) - změny vylučování moči - změny sexuální aktivity 	<ul style="list-style-type: none"> - zhoršení paměti - obtížnější osvojování nového - nedůvěřivost - snížená sebedůvěra - sugestibilita - emoční labilita - změny vnímání - zhoršení úsudku 	<ul style="list-style-type: none"> - odchod do penze - změna životního stylu - stěhování - ztráty blízkých lidí - osamělost - finanční obtíže

Zdroj: Venglářová, 2007

Jakým způsobem se vyrovnáme s přicházejícími změnami je ovlivněno našimi získanými životními zkušenostmi, naší osobností, jak jsme byli vychováni, získaným vzděláním, prostředím, ve kterém jsme žili a žijeme, reakcemi a možnostmi našeho blízkého okolí. (Malíková, 2011) Pojďme si nyní přiblížit jednotlivé aspekty stáří a stárnutí.

1.3.1 Kalendářní stáří

Kalendářní stáří je spojováno s datem, kdy jsme se narodili. Určuje nám tedy stáří člověka dle stanoveného věku. Kalendářní stanovení stáří s sebou přináší snadnost stanovení a porovnání. Za hranici stáří podle tzv. „věkové kategorizace“ přijaté v roce 1980 OSN označila věk 60 let. (Žumárová, 2012).

Dle Malíkové (2011) je věk vnímán jako jedna ze zásadních charakteristik člověka. Samotná informace o věku nemá potřebnou vypovídající hodnotu o stáří. Můžeme tak členit věkové kategorie několika různými způsoby.

Často se říká, že člověk je stár, tak jak se cítí, neboť věk je jen číslo. To skutečně platí i v životě. Každý jsme jinak vitální, akční, fyzicky zdatný.

Mezi často zmiňované patří členění stáří dle Mühlpachra (2004), který rozděluje stáří na tři období:

- 65 -74 let mladí senioři (v tomto období převládá přizpůsobení se života v penzi, tedy využití volného času, hledání aktivit, seberealizace)
- 75 – 84 staří senioři (v tomto období je v popředí řešení změn ve funkční zdatnosti, zdravotního stavu)
- 85 a více let velmi staří senioři (v tomto období je zásadní soběstačnost a zabezpečení)

Malíková (2011) uvádí, že Světová zdravotnická organizace (WHO) periodizuje věk takto:

- 30 - 44 let dospělost
- 45 – 59 let střední věk
- 60 - 74 let rané stáří
- 75 - 89 let vlastní stáří
- 90 let a více dlouhověkost

V příloze žádosti o registraci sociální služby MPSV (2022) je věková struktura neboli okruh osob, kterým bude sociální služba určena členěna následujícím způsobem:

- děti kojeneckého věku (do 1 roku věku)
- děti předškolního věku (1 – 7 let)
- mladší děti (7 – 10 let)
- starší děti (11 – 15 let)
- dorost (16 – 18 let)
- mladí dospělí (19 – 26 let)
- dospělí (27 – 64 let)
- mladší senioři (65 – 80 let)
- starší senioři (nad 80 let)
- bez omezení věku

1.3.2 Biologické stáří

Biologické stáří bychom mohli definovat jako proces v rámci, kterého dochází k involučním změnám, které jsou geneticky nastavené u každého daného člověka. Dochází tak ke změnám, které spočívají v poklesu výkonnosti, atrofii, regulace a adaptace mechanismu, k různým patologiím. Mění se tím schopnosti jedince. Vše je ovlivňováno způsobem života a okolního prostředí. Každý jedinec biologicky stárne jiným tempem. Není tak možné jednoznačně vymezit biologické stáří. (Žumárová, 2012)

To potvrzuje i Malíková (2011), která uvádí, že biologické stárnutí se vyznačuje obvyklými fyzickými změnami probíhajícími v těle každého jedince jiným tempem a s jinou silou, které jsou ovlivňovány nemocemi běžnými ve stáří.

1.3.3 Psychické stáří

Psychické stáří se projevuje snížením kognitivních a gnostických funkcí, dochází tedy k četnějšímu zapomínání, ke zhoršení koncentrace, nové informace se hůře pamatují a zpracovávají, zhoršuje se vnímání zrakem a sluchem, zhoršují se vyjadřovací schopnosti. Snižuje se výkonnost intelektových funkcí. Zvyšuje se emoční nestabilita a labilita, mění se nálady, někdy dokonce dojde k citové oploštělosti. Dochází ke změnám v povaze, vnímání, potřeb, životních hodnot. Změny a různé náročné situace podstatně hůř zpracováváme. (Malíková, 2011)

Jedlička (1991) představuje charakteristický obraz psychiky seniorů:

- Psychické změny sestupné povahy – úbytek nadšení, vitality, snížení psychomotorického tempa, pokles pozornosti, výbavnosti, schopnosti navázat a pěstovat vztahy
- Psychické změny vzestupné povahy – nárůst respektu k druhým, houževnatosti, trpělivosti
- Psychické funkce, které se s věkem nemění – např. jazykové vědomosti, inteligence, slovní zásoba

1.3.4 Sociální stáří

Sociální stáří se vyznačuje sociálními změnami, jako je změna role, životního stylu, způsobu finančního zajištění. (Kalvach, 1997)

Nejčastěji je sociální stáří spojováno s odchodem do důchodu, kdy dochází ke změně celého dosavadního způsobu života. Najednou máme mnoho volného času, dochází k omezení kontaktů, ztrátě společenské prestiže. Dokonce může nastoupit i osamocení, pocit nedůležitosti. Nastávají i změny v ekonomické oblasti, které zásadně ovlivňují fungování jedince ve společnosti. (Žumárová, 2012)

Stáří může být spojováno se smrtí, která představuje konec lidského života, což může znamenat i konec partnerského soužití v případě úmrtí partnera. Člověk se tak vyrovnává s velmi těžkou ztrátou. (Hojda a kol., 2009)

Vyrovnat se se ztrátou partnera, je dle Řičana (2004) velmi zásadní krok v životě, představuje definování nového směřování, plánování, uspořádání života s novými cíli.

Pro pozitivně nastavené stáří je třeba již v průběhu života myslet na dobu, kdy nastoupí stáří, v podstatě se na stáří připravit. Malíková (2011) uvádí, že dle Jarošové mezi zásadní kladné sociální aspekty patří:

- Kvalitní, dobře fungující rodina s pevnými citovými vazbami.
- Zajištění na stáří (bydlení, finance).
- Hledání aktivit pro trávení volného času ve stáří.
- Možnosti k naplnění kvalitního života ve stáří.

Dle Dvořáčkové (2012) přijetí minulosti, přítomnosti a realistický výhled do budoucnosti můžeme považovat za součást charakteristiky zralé osobnosti. Skutečnost je však jiná, velké množství lidí není na stáří připraveno.

Během života se mění i pohled na to, jaké máme představy o kvalitním životě. Nyní si tedy přiblížíme, co je kvalita života.

2 KVALITA ŽIVOTA

Pojem kvalita pochází z latinského „*qualis*“ tedy „*jaký*“. Kvalitu můžeme definovat jako údaj popisující vlastnosti nějaké věci, můžeme říci, že se jedná o jakost dané věci. Kvalita je v podstatě odpověď na otázku „*jaký?*“ (Malík Holasová, 2014)

Merchel (2010) rozlišuje čtyři typy pojmu kvalita:

- Deskriptivně analytická rovina pojmu – popisuje charakter předmětu
- Normativní rovina pojmu – jsou stanoveny požadavky, očekávání a cíle na nichž je postaveno hodnocení, jsou definována kritéria kvality
- Evaluační rovina pojmu – hodnocen je předmět nebo proces na základě stanovených měřítek.
- Rovina orientovaná na jednání – je svázána s požadavky na jednání

V běžném životě však dochází pouze k hodnocení, zda je to dobré či špatné. Pokud je něco opravdu skvělé můžeme použít označení kvalitní. Pojem kvalitní se spíše používá ve vztahu k hodnocení služeb, výrobků.

Bednář (2012:35) uvádí, že „*kvalita je podílem výkonu a očekávání.*“

Kvalita života je v této době hojně používaným pojmem. Matoušek a kol. (2013) uvádí, že kvalita života širokospektrý, osobní, měřitelný koncept, díky kterému klasifikujeme svůj životní stav.

Každý z nás by si měl uvědomit a přijmout proces stárnutí. A nezapomenout se připravit na stáří, neboť zpravidla každého z nás jednou dostihne. Věda, která se problematikou přípravy na stáří zabývá, je gerontogika. Je vymezena jako teorie výchovy a vzdělání ke stáří. (Zavázalová, 2001)

Je realitou, že v mládí opravdu na stáří nemyslíme, v dospělosti se raději hovorům a myšlenkám na stáří vyhýbáme. Často nás k zamyšlení a případnému plánování na stáří dovede až osobní zkušenost v rodině, kdy zestárnou naši rodiče.

Zavázalová (2001) rozlišuje přípravu na stáří jako dlouhodobou, tedy příprava probíhá po celý život. Střednědobou, kdy se přípravou na stáří zaobíráme zhruba od 45 let

věku a krátkodobou, která nastává pár let před odchodem do důchodu, tedy zhruba 2-3 roky před penzí. Celý prožitý život ovlivňuje, jaké budeme mít stáří. Nejzásadnějším obdobím je střední věk. Na kvalitu našeho života a následně prožívání stáří působí náš životný styl a zdravotní stav, úspěchy v profesním i soukromém životě.

Problematika stárnutí a stáří je dlouhodobě předmětem zájmu Ministerstva práce a sociálních věcí (dále jen MPSV), které zpracovalo dokument „*Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012.*“ (MPSV, 2008). Jedná se o Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012. Vzhledem k tomu, že populace stárne, je třeba se touto problematikou zabývat a zaměřit se na strategické oblasti. Tedy zlepšit prostředí pro stáří, podpořit rodiny, které o své blízké pečují, podpořit vstřícnost společnosti ke stáří, aktivní stárnutí, stále zkvalitňovat zdravotní péči ve stáří, která podpoří lepší zdraví ve stáří, chránit lidská práva. Pojdme si tedy vysvětlit pojmy kvalita, kvalita života, kvalita v sociálních službách.

Dvořáčková (2012) uvádí dle Křížové, že odborná veřejnost je za jedno v tom, že pojem kvalita života se skládá ze tří zásadních oblastí, a to fyzické, psychické a sociální.

To potvrzuje i Mühlpachr (2008), který uvádí, že kvalita života především v pokročilém věku je značně individuální a subjektivní. Zásadní vliv má různorodost potřeb, které jsou důležité pro člověka, aby se cítil dobře. Jedná se především o fyziologické, psychické a sociální potřeby. Dále je také důležitý aktuální zdravotní stav, zda je člověk v psychické pohodě, jakou má životní úroveň, dosažené vzdělání a hodnotová orientace člověka.

Payne (2005:207) upozorňuje na to, že nalezneme mnoho definic „*kvality života*“, ale žádná z nich není všeobecně uznaná. Setkává se poměrně hojně s ekvivalenty tohoto pojmu jako „*sociální pohoda (social well-being), sociální blahobyt (social welfare) a lidský rozvoj (human development).*“

Kvalita života hraje svoji nezastupitelnou roli i v lékařském odvětví. J. Bergsma a G.L. Engel (2022) popisují kvalitu života na čtyřech úrovních a to makro, mezo,

osobní a fyzické. Makro úroveň popisuje kvalitu života a jejího smyslu ve společnosti, ať se již dotýká politických rozhodnutí, investic do zdravotnictví, nebo také velmi ožehavého tématu eutanázie, které je ve společnosti diskutováno. Mezo úroveň se dotýká kvality života z pohledu sociálního prostředí člověka, malých sociálních skupin v nemocnici, škole, domovech pro seniory a jejich vazeb na okolní svět. Osobní úroveň se dotýká života jednotlivce, ať už jako lékaře, pacienta či někoho jiného, kdy dochází k subjektivnímu hodnocení zdraví, nemoci, bolesti, budoucnosti či naděje. Často se však měří kvalita života na fyzické úrovni, tedy předmětem měření jsou fyzické aktivity. Lze tedy říci, že kvalita života nepředstavuje jenom životní normu na individuální úrovni, ale je úzce spojena s prostředím, ve kterém žijeme, s našimi potřebami a požadavky. S věkem se mění naše potřeby, kdy v seniorském věku je jako základ kvality života vnímáno zdraví.

Najít jednoznačnou definici kvality života je velmi těžké. Kvalita života zahrnuje mnoho aspektů. Ještě složitější je změřit kvalitu života. Jedním z možných nástrojů je dle Dragomirecké a Bartoňové (2006) dotazník, který byl sestaven na základě podnětu podaného v roce 1991 Odborem duševního zdraví Světové zdravotnické organizace. Dotazník WHOQOL-100 obsahuje celkem sto otázek, které obsahují 24 aspektů života. Tyto aspekty jsou shrnuty do šesti oblastí (fyzické zdraví, prožívání, rovinu nezávislosti, sociální vztahy, prostředí, spiritualita a souhrnná kvalita života). Zkrácenou verzí je dotazník WHOQOL-BREF, který obsahuje čtyři oblasti (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí) a dva samostatné body zaměřené na komplexní kvalitu života (kvalita života a zdraví). Oba tyto dotazníky jsou určeny především respondentům do 65 let věku. Pro respondenty vyššího věku je k tomuto dotazníku vhodné použít ještě modul WHOQOL-OLD.

Výše byl vysvětlen pojem kvalita života. Přiblížen možný nástroj jejího měření. Později se ještě vrátíme ke kvalitě, která je spojena se sociálními službami. Nyní si přiblížíme kvalitu života z různých pohledů, a to z psychologického, sociologického a medicínského pohledu.

2.1 Psychologické pojetí kvality života

Na kvalitu života z psychologického pohledu může být nahlíženo z více hledisek. Jedním z hledisek je spokojenost se životem, hledání odpovědi na otázky, co dělá člověka spokojeným. Druhým hlediskem je prožívání subjektivní pohody, kdy klademe důraz na posouzení kvality života jako celku. (Payne,2005)

Dvořáčková (2012:62) uvádí dle Kebzy, že na naše zdraví zásadně působí prožitek osobní svobody (well-being). V české terminologii se používá pojem „*osobní pohoda*“. Můžeme také použít pojmy „*životní spokojenost*“, „*prožitek*“, „*pocit blaha*“, „*štěstí*“ nebo „*radost*“.

Hrozenská (2008) kvalitou života z psychologického pohledu chápe soubor všeho, co člověku zajišťuje spokojený život a pocit štěstí, vyrovnanosti. Výše uvedený pocit spokojenosti a pohody vycházejí z individuálního celoživotního způsobu života, který je ovlivňován životním stylem, rodinou, zdravím, postoji. Osobní pohoda v sobě nese odezvu reakcí pozitivních i negativních na uspokojování potřeb a požadavků daného člověka v různých oblastech života.

Vaňurová a Mühlpachr (2005:29) uvádějí, že základem psychologického přístupu ke kvalitě života je „... *prožívání, myšlení a hodnocení člověka, jeho potřeby a přání, sebehodnocení, seberealizace, sebeaktualizace a negativní indikátory, jako například životní trauma, krize, deprese, poruchy nálad.*“

2.2 Sociologické pojetí kvality života

Sociologické pojetí kvality života Žumárová (2012:13) dle Balogové definuje jako „*kvalitativní parametr lidského života, životního stylu a životních podmínek společnosti.*“

Dle Payna (2005) v sociologickém pojetí kvality života je předmětem zájmu sociální postavení, vzdělání, majetek, rodinný stav a vybavení domácnosti. Bádání je zaměřeno na vztah ke kvalitě, která je formulována jako vlastní vnitřní vnímání.

Studie, které sledují účinek jistých sociálních či sociálně-zdravotních programů na kvalitu života obyvatel určitého území mají také sociologický charakter. (Payne, 2005)

Nesmíme opomenout ani pojem „*životní úroveň*“, která má funkci „*měřítka kvantity a kvality zboží a služeb*“ využívaných lidmi. Za další indikátory lze považovat hrubý domácí produkt na jednotlivce, kojeneckou úmrtnost, střední délku života, počet lékařů na tisíc obyvatel, počet telefonů a televizí na rodinu. (Payne, 2005)

Dvořáčková (2012) uvádí dle Vojtoviče, že ekonomické postavení jedince i celé společnosti jsou faktory, které ovlivňují životní styl jedince. Během života může velmi rychle docházet ke změně příjmů a výdajů. To má samozřejmě dopad i na chování jedince, neboť směřování, životní krédo, co je pro nás na žebříčku hodnot nejvyšší, ovlivňuje náš životní styl, způsob žití, naše životy ve všech oblastech.

2.3 Medicínské pojetí kvality života

Medicínské pojetí se zaměřuje na osoby, které trpí různými nemocemi. Pozornost lékařů směřuje k účinnosti zvolených terapií na kvalitu života výše uvedených osob. Payne (2005:211) uvádí, že se můžeme setkat s pojmem „*health related quality of life*“, tj. *kvalita života ovlivněná zdravím*. Jedná se tedy o subjektivní pocit naší vnitřní pohody, která úzce spojena s probíhajícím onemocněním a jeho léčbou.

Žumárová (2012:12) uvádí, že „*z medicínského pohledu vychází i definice Světové zdravotnické organizace (WHO), podle níž je kvalita života definována jako jedincova percepce jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám.*“

Z výše uvedené definice čerpá i Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), dle něhož kvalita života není jen o zdraví nebo nemoci, ale jedná se o podstatně rozsáhlejší vnímání. (Žumárová, 2012)

Z výše uvedeného je tedy zřejmé, že na kvalitu života lze pohlížet z různých pohledů. Každý jedinec může upřednostňovat jiný pohled. Každý z nás budeme hodnotit

kvalitu života na základě našich uspokojených potřeb. Nyní se budeme věnovat potřebám, a to potřebám seniorů.

3 POTŘEBY SENIORŮ

Každý z nás jsme jedinečná osobnost, která je obdařena specifickými individuálními vlastnostmi, názory, stanovisky a nesmíme zapomenout i na naše potřeby. V průběhu života můžeme vnímat postavení potřeb v určitých obdobích odlišně, ale v konečném důsledku se v podstatě naléhavost potřeb nemění. (Žumárová, 2012)

Naše každodenní jednání směřuje k jedinému cíli, a to je uspokojení našich potřeb. Potřeby jsou různorodé, některé jsou pro naše žití a bytí zásadní. Tyto potřeby můžeme označit za základní lidské potřeby, mezi které se řadí potřeby dýchání, přijímání potravy a tekutin a vyměšování. Pokud máme zajištěny tyto základní lidské potřeby můžeme se zaměřit na uspokojování dalších potřeb, jako například potřeba svých přání, stanovených cílů, seberealizovat se. (kolektiv autorů, 2011)

Nyní si přiblížíme lidské potřeby pomocí typologie potřeb. Nejčastější dělení je na:

- Biologické potřeby
- Psychické potřeby
- Sociální potřeby
- Spirituální potřeby

Biologické potřeby jsou spjaty s našim žitím a bytím, tedy se jedná o základní potřeby k zajištění vývoje, vyváženosti v organismu, k zajištění zdraví, rozmnožování. Na situace reagujeme přirozeně, automaticky. Je pro nás důležité, abychom se cítili dobře, a to nám zajistí dostatečný přísun jídla a pití, dostatek odpočinku, pocit bezpečí, sucha a tepla, kvalitního spánku, pravidelné vyprazdňování a nesmíme zapomenout i na sexuální život, který nám zajistí potěšení, uvolnění a případně reprodukci. Zároveň je naší přirozenou snahou minimalizovat nepříjemné pocity jako je zima, hlad, žízeň, bolest a únava. (kolektiv autorů, 2011)

Psychické potřeby jsou zásadní pro rozvoj osobnosti a celého života. Uspokojení těchto potřeb navozuje pocit bezpečí a jistoty. Jedná se v podstatě o dosahování cílů v oblasti rozvoje osobnosti, tedy mít své místo ve společnosti, být vidět, vyznat se ve

světě, vést ostatní, překonat i sám sebe, atd. Každý z nás máme jiné ambice, tyto potřeby ovlivňuje prostředí, ve kterém žijeme, jedinečnost člověka, jeho dosažené vzdělání, jaký má věk, jakého je pohlaví. Pokud se nám nedaří uspokojovat tyto potřeby dostavuje se pocit strachu, nejistoty nebo dokonce ohrožení. (kolektiv autorů, 2011)

Sociální potřeby jsou dané společností, ve které žijeme. Ta stanovuje nároky a vzájemné vztahy. Nikdo z nás nechceme být osamocený, chceme někam patřit, být součástí společnosti, být v bezpečí. Abychom patřili do společnosti musíme zároveň respektovat, pomáhat a spolupracovat na udržení nastavených pravidel. Sociální potřeby spočívají v kvalitním sociálním začlenění, kdy chceme být uznáváni, a ne na okraji společnosti, neviditelní, nedůležití. (kolektiv autorů, 2011)

Spirituální potřeby jsou duchovní potřeby, které jsou úzce spjaty s výše uvedenými potřebami a provázejí nás po celý život, ať již si to uvědomujeme či nikoliv. Bylo by nesprávné myslet si, že spirituální potřeby znamenají pouze potřebu uspokojení v oblasti náboženství a víry. Spirituální potřeby sebou nesou i hledání smyslu života, bytí zde na zemi, vzájemnou úctu, pochopení, naslouchání, lásku a naději. (kolektiv autorů, 2011)

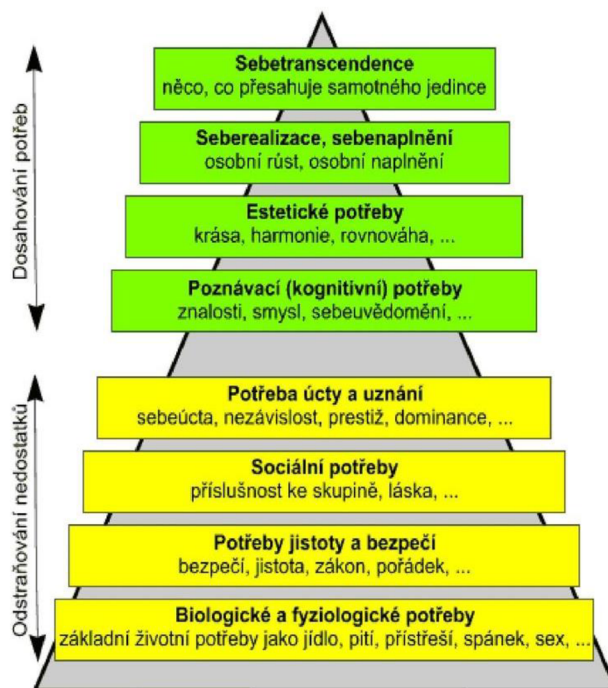
Výše jsme si přiblížili, jak je možné definovat potřeby. Nyní si představíme jednu z nejznámějších teorií, která se zabývá lidskými potřebami a je hojně využívána v sociálních službách.

3.1 Motivační teorie potřeb dle A. H. Maslowa

Americký psycholog A. H. Maslow vytvořil ve 40. letech 20. století motivační teorii potřeb. Tato teorie byla postavena na pořadí důležitosti na pořadí projevovaných potřeb. Důležité je, že všechny potřeby existují souběžně, ale předpokládá se, že k naplnění vyšších potřeb dochází až po uspokojení či částečném uspokojení nižších neboli základních potřeb. Potřeby jsou vzájemně provázány. Potřeby jsou seřazeny od nejnižší po nejvyšší. Základ tak tvoří fyziologické potřeby, následují potřeby jistoty, bezpečí, důvěry, stability a ochrany, pokračují potřeby sounáležitosti, lásky, sociální integrace, poté potřeba uznání, ocenění, sebeúcty, respektu, následuje potřeba

poznání, vědění, přichází estetické potřeby, krása, harmonie a na vrcholu je seberealizace a najítí smyslu života. (Dvořáčková, 2012)

Obrázek č. 1 – Hierarchie lidských potřeb dle A. H. Maslowa



Zdroj: Dvořáčková, 2012 (zpracováno dle: Hájek, 2007)

V průběhu života se nám mění hodnoty, co však zůstává, jsou potřeby, které potřebujeme uspokojit. Jak již bylo uvedeno výše, náš život ovlivňuje mnoho aspektů. Ve stáří to je především změna způsobu života, která spočívá v tom, že již nemusíme chodit do práce, pečovat o děti, často zůstáváme sami bez partnera, řešíme ekonomickou situaci. S tím vším se musíme vypořádat. To vše má vliv na naše potřeby. Na sklonku života je pro jedince důležitý pocit jistoty, bezpečí, zajištění základních lidských potřeb, jako je zajištění stravy, tekutin, tepla, sucha. Nesmíme opomenout ani potřebu pozornosti, senioři často trpí právě samotou, což se odráží na jejich psychickém i fyzickém stavu. Ve stáří postupně dochází ke zhoršování zdravotního stavu a stáváme se závislí na pomoci druhých. V následující kapitole si přiblížíme současnou sociální péči o seniory.

4 SOUČASNÝ SYSTÉM PÉČE O SENIORY V ČESKÉ REPUBLICE

V České republice bychom péči o seniory mohli rozdělit do tří oblastí, a to rodinnou, zdravotní a sociální. Zcela zásadní v péči o seniora, je co nejdéle udržet jeho schopnosti, aby byl soběstačný ve svém domácím prostředí.

Dle Příbyla (2015) zhruba 3% osob starších 65 let potřebují celodenní péči v pobytovém zařízení, 5% vyžaduje domácí péči, 13% postačuje dopomoc v domácím prostředí a zbytek je soběstačný, tedy se zvládne o sebe postarat samostatně.

4.1 Rodinná péče

První oblastí je rodinná péče, kdy o seniora pečují a zajišťují mu pomoc jeho blízcí, rodina v jeho běžném přirozeném sociálním prostředí, tedy doma. Každý z nás jsme v životě několikrát slyšeli a sami konstatovali „všude dobře, doma nejlíp“. Toto pořekadlo nejčastěji slycháváme od lidí ve vyšším věku. Nejrady jsou doma, nemají totiž rádi změny. Dříve bylo zvykem, že spolu bydlelo v jednom domě více generací, tento trend již dnes není příliš častý. Děti často žijí jinde, a nejen v rámci obce či města, ale i například na druhé straně republiky nebo dokonce v zahraničí. Přesto i nadále platí, že rodina je ta první, která pečuje o svého blízkého, o svou maminku či tatínka. Sociální služby, o kterých budeme hovořit později oslovuje rodina často až ve chvíli, kdy již v domácím prostředí péči o svého blízkého nezvládá. (Mlýnková, 2011)

4.2 Zdravotní péče

Druhou oblastí je zdravotní péče, kterou dle Dvořáčkové (2012) poskytuje obvodní praktický lékař, nebo na základě doporučení i odborní lékaři. Lékař by měl dále spolupracovat s rodinou a kooperovat s dalšími subjekty zajišťujícími primární péči, jako je domácí ošetrovatelská péče, pečovatelská služba a další. Z veřejného zdravotního pojištění je hrazena domácí ošetrovatelská péče indikovaná lékařem. Aby mohla být tato péče zajištěna musí být seniorův zdravotní stav stabilizovaný současně s vhodným domácím prostředím. Předpokládá se zároveň zapojení rodiny nebo jiné osoby zajišťující péči o seniora. Domácí péče nebo také často nazývaná jako „home

care“ zajišťuje širokou škálu úkonů mezi které například patří podávání léků včetně aplikace inzulínu, převazy chronických ran, fyzioterapie a také poradenství o vhodnosti kompenzačních pomůcek. Pro rodinu je zásadní možnost zapůjčení pomůcek ať již ošetrovatelských, rehabilitačních nebo kompenzačních. To vše usnadňuje zajištění péče seniorům v domácím prostředí.

4.3 Sociální péče

Třetí oblastí je sociální péče, která je Dvořáčkovou (2012) představována dle Matouška a Koldinské tak, že je poskytována lidem společensky znevýhodněným. Hlavním cílem této péče je zvýšení kvality života, která spočívá ve zlepšení soběstačnosti nebo v co největším možném rozsahu v začlenění těchto lidí do společnosti. K tomu napomáhají různé druhy a formy sociálních služeb. Sociální služby zajišťují například pomoc při péči o vlastní osobu (hygienu, oblékání, svlékání, přesuny, polohování), zajištění stravy, stravování, ubytování, pomoc se zajištěním chodu domácnosti (úklid, praní, žehlení), zajištění kontaktu s okolním prostředím, poskytnutí potřebných informací, atd. Velmi důležitá je pomoc s prosazováním práv a zájmů osob, jimž je sociální služba poskytována.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen ZSS) definuje jednotlivé formy sociálních služeb:

- terénní
- ambulantní
- pobytové

Terénní služby jsou takové, které jsou poskytovány v domácím prostředí, tedy v přirozeném sociálním prostředí přijímající osoby. Ambulantní služby jsou služby, které osoba navštěvuje, dochází za nimi nebo je dovážena, tyto služby neposkytují ubytování. Poslední formou jsou pobytové služby, jejichž součástí je i zajištění ubytování v zařízení sociálních služeb.

V ZSS nalezneme výčet zařízení sociálních služeb:

- a) *centra denních služeb,*
- b) *denní stacionáře,*
- c) *týdenní stacionáře,*
- d) *domovy pro osoby se zdravotním postižením,*
- e) *domovy pro seniory,*
- f) *domovy se zvláštním režimem,*
- g) *chráněné bydlení,*
- h) *azylové domy,*
- i) *domy na půl cesty,*
- j) *zařízení pro krizovou pomoc,*
- k) *nízkoprahová denní centra,*
- l) *nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,*
- m) *noclehárny,*
- n) *terapeutické komunity,*
- o) *sociální poradny,*
- p) *sociálně terapeutické dílny,*
- q) *centra sociálně rehabilitačních služeb,*
- r) *pracoviště rané péče,*
- s) *intervenční centra,*
- t) *zařízení následné péče,*
- u) *centra duševního zdraví.*

Ve výše uvedeném zákoně nalezneme rovněž základní činnosti, které jsou sociálními službami poskytovány. Než se budeme věnovat konkrétní pobytové sociální službě domov pro seniory, vysvětlíme si pojmy spjaté se sociálními službami.

Zájemce o informace je osoba, která má zájem o informace o dané sociální službě, tedy to může být kdokoliv. Může to být osoba, která potřebuje pomoci, tedy potencionální uživatel služby, pečující osoba, sociální pracovnice městského úřadu, atd. Tento pojem bychom v zákoně hledali marně, ale v praxi je běžně používán. (Chloupková, 2013)

Zájemce o sociální službu je osoba, která má zájem o poskytnutí sociální služby, můžeme tedy říci, že se může jednat o potencionálního uživatele. (Chloupková, 2013)

Uživatel (neboli také rezident) je osoba, se kterou byla uzavřena smlouva o poskytnutí sociální služby. Některá zařízení používají termín klient.

Nesmíme zapomenout i na pojem **nepříznivá sociální situace** (dále jen NSS). Tento pojem je vymezen ZSS (2022) následovně: „*Nepříznivou sociální situací je oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.*“

Jednoznačnou, výstižnou definici sociálního šetření však nenalezneme. **Sociální šetření** je metoda, jejímž prostřednictvím získáváme potřebné informace o zájemci o službu (od něj samotného i z dalších zdrojů - rodiny, pečujících osob, ...), které následně vyhodnocujeme. Zaměřujeme se především na zjištění, jak se zájemce do nepříznivé sociální situace dostal, jak jí doposud řešil, jak by jí chtěl dále řešit, jaké má potřeby, přání, očekávání. Zároveň předáváme informace o naší nabízené sociální službě. Nesmíme zapomenout ani na poskytování základního sociálního poradenství, tedy nabídky možné dostupné pomoci k řešení nepříznivé sociální situace zájemce. (Chloupková, 2013)

Další pojmy si vysvětlíme až s procesem poskytování sociální služby. Nyní si představíme jednu z pobytových sociálních služeb, a to domov pro seniory.

4.3.1 Domov pro seniory

Domov pro seniory patří mezi nejznámější druh pobytového zařízení pro seniory. Většina z nás ho možná známe spíše pod označením domov důchodců. Domovy důchodců bychom mohli označit za celosvětový fenomén. Mají původ v západních zemích a postupně se objevily na celém světě. Pod označením domov důchodců nebo domov pro seniory nemusíme však v jednotlivých státech nalézt to samé. (Boggatz, 2020)

V České republice je domov pro seniory definován v ZSS (2022) pod § 49 takto:
„V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.“

Služba poskytuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,*
- b) poskytnutí stravy,*
- c) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- f) sociálně terapeutické činnosti,*
- g) aktivizační činnosti,*
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*

V Prováděcí vyhlášce k ZSS č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, v § 15 (2022) nalezneme, že *„základní činnosti při poskytování sociálních služeb v domovech pro seniory se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:*

a) poskytnutí ubytování:

- 1. ubytování,*
- 2. úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení,*

b) poskytnutí stravy:

zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel,

c) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu:

- 1. pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,*
- 2. pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,*
- 3. pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,*
- 4. pomoc při podávání jídla a pití,*
- 5. pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru,*

d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:

- 1. pomoc při úkonech osobní hygieny,*
- 2. pomoc při základní péči o vlasy a nehty,*
- 3. pomoc při použití WC,*

e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

- 1. podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů,*
- 2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,*

f) sociálně terapeutické činnosti:

socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,

g) aktivizační činnosti:

- 1. volnočasové a zájmové aktivity,*
- 2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím,*
- 3. nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,*

h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

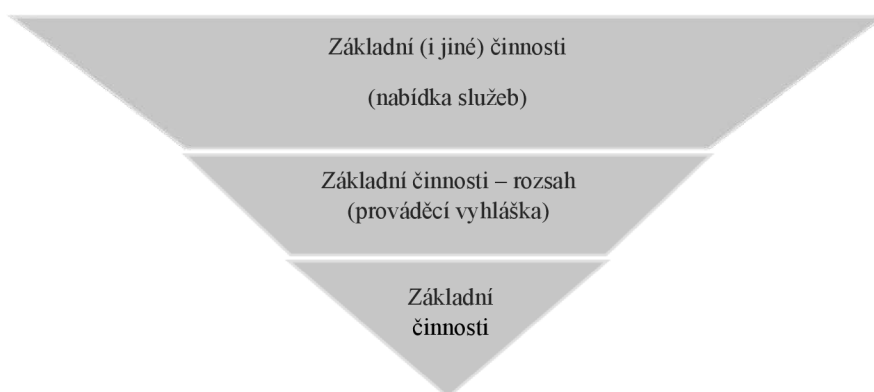
pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů.“

Základní činnosti a úkony jsou tedy pro všechny registrované poskytovatele sociální služby domov pro seniory stejné, ale tzv. konkurenceschopnost mezi nimi tvoří v dnešní době již hojně používaná „Garantovaná nabídka“, která osobě, která má zájem o tuto sociální službu představuje konkrétně službu včetně rozsahu a obsahu jednotlivých základních činností, stanovuje garanci jednotlivých úkonů.

V rámci projektu Rozvoj dostupnosti a kvality sociálních služeb VI v Královéhradeckém kraji právě jednou z nabízených aktivit v rámci konzultací bylo zpracování „Garantované nabídky“. (Královéhradecký kraj, 2022)

Níže uvedený obrázek Chloupkové (2013:75) „graficky znázorňuje rozsah informací o poskytovaných činnostech.“

Obrázek č. 2 – Grafické znázornění rozsahu informací o poskytovaných činnostech



Zdroj: Chloupková, 2013

MPSV (2020) v jednom ze svých dokumentů týkajících se sociálních služeb a případné úpravy legislativy uvádí, že právě v Královéhradeckém kraji je nedílnou součástí Pověření povinnost poskytovatelů sociálních služeb pracovat s nepříznivou sociální situací, zaznamenávat ji, případně oznamovat nedostupnost potřebných služeb na kraj, miz zpracovaný proces Jednání se zájemcem a Poskytování sociální služby. Dále také mít pro potřeby vyjednávání služby zpracovanou a dostupnou Garantovanou nabídku služeb.

Garantovaná nabídka napomáhá zájemci o službu zvolit pro něj nejvíce odpovídající sociální službu, poskytovateli sociálních služeb usnadňuje vyjednání služby a předchází případným stížnostem na rozsah a obsah poskytovaných úkonů a ve vztahu k pracovníkům jasně vymezuje co vše a v jakém rozsahu je možné uživatelům či klientům poskytnout. Garantovaná nabídka je používána i v průběhu poskytování služby, kdy stanovuje jasné limity poskytovatele a napomáhá při individuálním plánování služby společně s uživatelem. Pojďme si nyní přiblížit kvalitu v sociálních službách.

5 KVALITA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Pojem kvalita je používán i v sociální oblasti. Jak tedy můžeme definovat pojem kvalita sociálních služeb? V knize „*Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*“ je uvedena citace definice kvality v sociálních službách pana Horeckého, která zní: „*Kvalitu v sociálních službách můžeme definovat jako soubor vlastností a znaků nějaké činnosti, které se vztahují na naplnění daných požadavků. Míru kvality sociálních služeb je možné definovat také jako pozitivní rozdíl od daných standardů.*“ (Horecký, 2008, s. 95)“. (Malíková, 2011:134)

5.1 Vývoj kvality v sociálních službách v České republice

Pojem kvalita se postupně rozšířil do všech odvětví, a tedy i do sociální oblasti. Po roce 1998 vzniká projekt „Strategie národní politiky podpory jakosti“, jehož účelem je přiblížit se k podmínkám vnitřního trhu Evropské unie, které v sociální oblasti zaměřuje na podporu kvality poskytovaných sociálních služeb. Je podporována transformace sociálních služeb, vzdělávání pracovníků působících v sociálních službách a zavádění národních standardů kvality sociálních služeb. Standardy kvality sociálních služeb mají vést také k ochraně zranitelných skupin, k dodržování lidských i občanských práv a svobody, vést k poskytování služeb podporujících autonomii uživatelů, zajišťovat důstojnost. (Dvořáčková, 2012)

V roce 2002 byl předložen metodický materiál, který obsahoval celkem 17 standardů kvality sociálních služeb, které byly postupně zaváděny do praxe. Tyto standardy mají poskytnout průkazný způsob posouzení kvality poskytované sociální služby, a to pomocí ověřitelných a měřitelných kritérií. Je kladen důraz na individuální přístup a podporu jednotlivých uživatelů v dosahování stanovených cílů s pomocí sociální služby při řešení jejich nepříznivé sociální situace. (Dvořáčková, 2012)

Změna přichází s přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen zákon o sociálních službách) a jeho prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb. (dále jen prováděcí vyhláška). Zákon o sociálních službách tak definuje pro poskytovatele povinnosti, které musí plnit. Jednou z povinností je právě i dodržování standardů

kvality sociálních služeb. Příloha č. 2 prováděcí vyhlášky pak definuje nově 15 standardů kvality sociálních služeb. „*Jednotlivé standardy jsou navrženy tak, aby zvýšily svobodu uživatelů služeb a posílily jejich postavení. Příjemce služby by měl být vnímán jako hlavní měřítko úspěšnosti kvalitně poskytovaných služeb.*“ (Dvořáčková, 2012, str. 91).

V každé oblasti jsou pak stanovena jednotlivá kritéria, které poskytovatelé musí naplňovat. Standardy kvality můžeme rozdělit na tři kategorie a to procedurální, provozní a personální. Procedurální standardy určují podobu sociální služby, tedy pro koho je určena, jak má vypadat jednání se zájemcem, jak přizpůsobit službu individuálním potřebám jednotlivých uživatelů. Zaobírají se i ochranou práv, střety zájmů. Provozní standardy stanovují podmínky, které se týkají prostředí, ve kterém je služba poskytována, její dostupnosti, jak je finančně zajištěna a na zvyšování kvality. Personální standardy stanovují personální zajištění služby, tedy zaměřují se na personál, jejich kvalifikaci, zvyšování kvalifikace, přístupy, vedení, jaké mají podmínky pro výkon práce. (Chloupková, 2013)

Kvalitu v sociálních službách lze měřit a hodnotit pomocí různých nástrojů jako například výše uvedené standardy kvality sociálních služeb, ale i pomocí benchmarkingu, supervize, intervize, interních auditů apod. (Malíková, 2011)

Jedním z uznávaných nástrojů řízení kvality v Evropě je EFQM Model Excellence. Je vhodný pro hodnocení kvality pro jakýkoliv typ organizace, tedy i pro sociální oblast. Tento model obsahuje soubor stanovených kritérií rozdělených do devíti zásadních oblastí, pomocí kterých se organizace sebehodnotí nebo dochází k externímu hodnocení. I tento systém se neustále vyvíjí a inovuje. (Malík Holasová, 2014)

Obdobným nástrojem je i metoda Service Assessment, který hodnotí kvalitu na základě 12 zásadních oblastí. Oproti výše uvedené metodě zde není definována důležitost jednotlivých oblastí, tu si stanovuje každá organizace sama. (Malík Holasová, 2014)

Nyní si přiblížíme na jeden z možných nástrojů, a to již výše zmíněné standardy kvality sociálních služeb.

5.2 Standardy kvality v sociálních službách a jejich kontrola

Zákon o sociálních službách i jeho prováděcí vyhláška byly již několikrát aktualizovány. Aktualizace se dotkla i standardů kvality sociálních služeb (dále jen standardů) a jejich způsobu ověřování. Zda jsou standardy dodržovány a poskytovateli naplňovány dle stanovených kritérií kontroluje „inspekce poskytování sociálních služeb“ (dále jen inspekce). Dříve inspekci vykonával u poskytovatelů sociálních služeb, kterým bylo vydáno rozhodnutí o registraci, na základě pověření inspekční tým, který se skládal z pracovníků krajského úřadu příslušného kraje, ve kterém je poskytovatel zaregistrován, a přizvaných externích odborníků. Inspekční tým byl tvořen alespoň třemi členy, přičemž alespoň jeden byl pracovníkem úřadu. Výjimkou byli sociální služby jejichž zřizovatelem nebo zakladatelem byl kraj. U těchto služeb provádělo inspekci Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen MPSV). Inspekce se řídila zákonem č. 552/1991 Sb. o státní kontrole (dále jen zákon o státní kontrole).

Poskytovatel sociální služby byl předem písemně informován o termínu uskutečnění inspekce, požádán o součinnost a zaslání dokumentů, obdržel pověření k provedení inspekce. Pracovníci pověření k výkonu inspekce se tak předem seznámili s podklady ke kontrole a pak již na místě provedli místní šetření, které spočívalo v prohlídce zařízení, pozorování prostředí, vedení rozhovorů s pracovníky zařízení a jejich uživateli. Inspekční tým průběžně zpracovával inspekční zprávu, která byla poslední den předána poskytovateli. V inspekční zprávě byla popsána jednotlivá kritéria a jejich naplnění, která byla doplněna bodovým ohodnocením úrovně kvality 0,1,2,3.

Kritéria byla ještě rozdělena do zásadních a nezásadních. Inspekční zpráva obsahuje popis stavu u poskytovatele včetně výčtu zjištěných nedostatků. V případě, že poskytovatel nenaplnil kritérium, bylo mu uloženo nápravné opatření včetně stanovení termínu. Pokud nedošlo k odstranění nedostatků ve stanovené lhůtě, mohl poskytovatel obdržet pokutu v souladu se zákonem o státní kontrole. Další sankce, které hrozí poskytovateli je v případě, že se dopustil správního deliktu, který je

definován v zákoně o sociálních službách. Mohla být stanovena finanční pokuta nebo dokonce mohlo být rozhodnuto o zrušení registrace.

Jednotlivé kraje si vytvořily metodiky, jak postupovat při provádění inspekci, chtěly tak sjednotit pohled inspektorů v rámci svých krajů. Inspekce byly prováděny v plném rozsahu, následné inspekce se zaměřovaly na oblasti, ve kterých byly při inspekci v plném rozsahu shledány nedostatky a tzv. inspekce typu C byla na podnět.

Dnešní podoba inspekci je jiná, je náročnější pro obě strany, ale více vypovídající o skutečném stavu. Nyní dle platné legislativy tvoří inspekční tým pracovníci MPSV a přizvaní externí pracovníci. Inspekční tým je tvořen alespoň třemi členy, přičemž alespoň jeden je pracovníkem MPSV. Praxe je taková, že o inspekci se dozvídá poskytovatel v den zahájení, a to osobním setkáním s inspektory, kteří mu předají pověření k provedení inspekce, čímž je inspekce zahájena. Inspektoři, tak nemají k dispozici předem žádné dokumenty k prostudování mimo informací, které jsou o službě veřejně dostupné v registru poskytovatelů sociálních služeb a na webových stránkách poskytovatelů sociálních služeb. Inspekce trvá většinou 2 - 3 dny, kdy se inspektoři seznámí s dokumenty, které jim poskytovatel předloží, prohlédnou si zařízení, pohovoří si s uživateli s jejich souhlasem a pracovníky. Inspekční zpráva není předávána poslední den místního šetření, ale je následně zaslána nebo si ji poskytovatel převezme osobně na úřadě zpravidla nejdéle do 30 dnů. Je velmi náročné během tří dnů posbírat informace a důkazy, potřebné k zhodnocení naplnění standardů kvality. Inspekce nemusí být provedena v plném rozsahu, tedy inspekční tým se může zaměřit pouze na některé oblasti. Většina inspektorů se zaměřuje především na standardy, které se týkají vyjednání služby a její poskytování, ochrany práv uživatelů. Nesmíme opomenout změnu týkající se standardů kvality sociálních službách, které již nejsou děleny na zásadní a nezásadní.

Dodržování standardů kvality by tedy mohlo být chápáno jako zaručení kvality poskytovaných sociálních služeb. To se však nemusí zcela slučovat s pohledem uživatele či rodiny uživatele na kvalitu. Znamená to, že i při dodržování zákonem stanovených kritérií poskytovatelem sociální služby nemusí být služba uživatelem považována za kvalitní. V názvech zařízení máme často použito slovo „domov“, ale nikdy skutečný domov v plném rozsahu nenahradíme. Důležité je naslouchat

potencionálním i stávajícím uživatelům, jejich rodinám, známým, co potřebují, co jim chybí a co tedy požadují za pomoc z naší strany. Sociální služba musí být vyjednávána individuálně s ohledem na možnosti a schopnosti žadatele o službu. Je třeba vytvářet pro uživatele a jejich rodiny pocit příjemného, voňavého, útulného prostředí a přístup pracovníků ochotných pomoci, naslouchat. Pro mnohé uživatele je naprosto zásadním mít pocit jistoty, bezpečí, mít co jíst, pít, být v suchu a teple, mít okolo sebe někoho, kdo mu pomůže, když potřebuje, kdo má na něj čas, kdo se k němu chová s úctou a respektem.

Mnoho pobytových služeb tak postupem času mění svoji podobu. Zvelebují prostory vnitřní i vnější, více lůžkové pokoje se upravují na dvoulůžkové či jednolůžkové pokoje, pokoje jsou rekonstruovány tak, aby jejich součástí byly i sociální zařízení (sprchové kouty, WC, umyvadla).

I v sociálních službách můžeme hovořit o konkurenci, která spočívá v nabídce služeb. Jak již bylo uvedeno výše ZSS stanovuje danému typu služby, jaké základní činnosti bude poskytovat, ale konkrétní rozsah už nabízí dle svých možností poskytovatel sociálních služeb. To, co poskytovatel nabízí představuje v tzv. Garantované nabídce služby. Garantovaná nabídka není zatím vyžadována zákonem, ale většina poskytovatelů ji má zpracovanou. Její výhodou je transparentní představení služby a její nabídky. Žadatel má tak možnost zvolit si zařízení, do kterého si podá žádost, které nejvíce naplňuje jeho požadavky, potřeby.

Aby sociální služba byla kvalitní musíme se zaměřit i na pracovníky, organizaci její vedení. Standardy sice stanovují jistá kritéria, ale je třeba aby sám poskytovatel hledal nástroje, jak kvalitu ve svém zařízení zvyšovat. Mnoho poskytovatelů sociálních služeb se tak zapojuje do různých projektů, jejichž cílem je zvyšování kvality. Tyto projekty jsou často zakončeny auditem a vydáním osvědčení. Zpravidla jsou financovány z Evropského sociálního fondu. Systémy se zaměřují na specifické přístupy k řízení celé organizace, vzájemnou provázanost jednotlivých úseků a procesů.

Je kladen důraz na požadavky všech zainteresovaných stran a naplnění jejich požadavků. Vznikají tak vnitřní kontrolní mechanismy, které pomáhají udržet a

zvyšovat kvalitu poskytovaných služeb, a to v souladu s potřebami uživatelů. Na kvalitu má vliv i poskytovatelem prováděný pravidelný průzkum spokojenosti mezi uživateli, rodinnými příslušníky, pracovníky, vyhodnocování připomínek, stížností. Kvalita je nekončící proces, neustále se mění prostředí, potřeby společnosti i jednotlivců a je třeba umět na tyto potřeby reagovat.

Nyní si přiblížíme proces jednání se zájemcem o sociální službu, který je úzce provázán s procesem poskytování sociální služby. Oba tyto procesy zásadně ovlivňují kvalitu života seniorů v domovech pro seniory.

5.3 Jednání se zájemcem o sociální službu

Výše uvedené procesy jsou úzce spjaty s již zmiňovanými standardy kvality sociálních služeb a také jsou provázány i s povinnostmi poskytovatele sociálních služeb stanovené v §88 ZSS. Nejdříve si vysvětlíme některé pojmy. Standard č. 3 nese stejný název jako proces Jednání se zájemcem o sociální službu. Tento standard stanovuje poskytovateli povinnost mít písemná pravidla, která popisují celý proces jednání se zájemcem o službu, tedy od prvního kontaktu až po dojednání o poskytování sociální služby nebo také až po odmítnutí zájemce o službu z důvodů stanovených v ZSS.

Proces poskytování sociální služby je už provázán z více standardy současně. Za nejzásadnější standardy jsou dle Malíkové (2011) považovány procedurální standardy:

- Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb
- Ochrana práv osob, jimž je poskytována sociální služba
- Projednávání a uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby
- Individuální plánování průběhu a rozsahu poskytované sociální služby
- Vedení dokumentace o poskytování sociální služby
- Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby
- Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

Nyní si přiblížíme stručně jednotlivé výše uvedené procesy. Nejdříve tedy proces Jednání se zájemcem. Zájemce o sociální službu může prvotní informace získat z informačních letáků služby, webových stránek poskytovatele, informací zveřejněných v registru poskytovatelů sociálních služeb nebo i z informací v médiích či tisku. Velmi zásadním zdrojem jsou uživatelé služby, jejich rodiny, známí, rodiny již zesnulých uživatelů. (Chloupková, 2013)

Proces Jednání se zájemcem začíná v podstatě prvním kontaktem, který může být telefonický, osobní, písemný. V rámci tohoto kontaktu zpravidla zájemce ať již informace nebo zájemce o službu stručně popíše svou NSS nebo potřebné osoby a ze strany poskytovatele obdrží základní informace o nabízené sociální službě a také základní sociální poradenství, tedy informace o možnostech řešení nepříznivé situace potřebné osoby. V některých případech je to i jediný kontakt, neboť může zájemce zjistit, že oslovená služba pro něj není vhodná služba.

V některých případech si zájemce o službu základní informace o dané službě zjistí, jak bylo výše uvedeno z jiných zdrojů a rozhodne se rovnou požádat o poskytnutí sociální služby. Jak uvádí (Chloupková, 2013) většina poskytovatelů používá formulář Žádosti. Jakým způsobem je možné o službu požádat si stanovuje každý poskytovatel sám, důležité je, aby tato informace byla dostupná pro zájemce o službu.

Na straně zájemce o službu je v případě pobytové služby stanovena ZSS povinnost v § 91 odst. 4, a to před zahájením poskytování pobytové sociální služby doložit vyjádření lékaře, zpravidla praktického lékaře o zdravotním stavu s výjimkou poskytování sociální služby ve zdravotnickém zařízení dle §52. Opět je důležité, aby tato informace a případně formulář na posudek o zdravotním stavu byli dostupné zájemci.

Další fází po požádání o poskytnutí sociální služby je zpravidla sociální šetření. Kdy se provádí sociální šetření si stanovuje každý poskytovatel sám ve svých vnitřních metodikách. Dobrou praxí je provádění sociálního šetření co nejdříve po požádání. Sociální šetření je uskutečňováno v místě aktuálního pobytu zájemce o službu, ideálně v jeho přirozeném sociálním prostředí. (Chloupková, 2013)

Co je cílem sociálního šetření? Můžeme říci, že cílem sociálního šetření je ověření, zda zájemce o službu spadá do cílové skupiny, to znamená, zda je osobou, pro kterou je daná sociální služba určena, a předání informací o nabízené sociální službě. Zjištěné informace o zájemci v rámci sociálního šetření mohou být významným zdrojem v případě, že se zájemce o službu stane uživatelem sociální služby.

Důležité je také to, kdo sociální šetření provádí. ZSS stanovuje v §109 činnosti, které zajišťuje a provádí sociální pracovník. Mezi uvedené činnosti patří i provádění sociálního šetření. Není však ZSS vyloučena přítomnost dalšího pracovníka, a tak dobrou praxí poskytovatelů pobytových sociálních služeb je i přítomnost všeobecné zdravotní sestry. Ze strany žadatele se účastní sociálního šetření vždy žadatel, případně jeho zákonný zástupce a další žadatelem přizvané osoby, které zpravidla dodávají žadateli svojí přítomností pocit bezpečí a jistoty, zároveň jsou cenným zdrojem informací.

Ke zjišťování informací jako nástroj využíváme nejčastěji rozhovor a pozorování.

Jak uvádí Chloupková (2013:62) pracovník, který provádí sociální šetření se musí řídit těmito zásadami:

- Být zdvořilý, slušný, ochotný, empatický, naslouchající.
- Jednat se zájmem, bez předsudků, nehodnotit osoby přítomné jednání.
- Zachovávat důstojnost, autonomii zájemce, jeho práva.
- Sdělovat dostatek informací a způsobem srozumitelným pro zájemce.
- Dodržovat legalitu a legitimitu.

Dle Janebové (2008) je důležité, aby se sociální pracovník při sběru informací zaměřil na komplexní obsah situace. Z toho vyplývá, že jen tak je možné posoudit a nabídnou vhodná řešení nepříznivé sociální situace.

Jak již bylo uvedeno výše sociální šetření je nástrojem k posouzení, zda zájemce o službu spadá o okruhu osob, jimž se sociální služba určena. Sociální šetření je zásadní také před zahájením poskytování sociální služby a jeho účelem je dojednání poskytování služby tak, aby bylo ušité na míru potencionálnímu uživateli, napomáhalo řešit jeho nepříznivou sociální situaci a zároveň korespondovalo s nabízenými úkony sociální služby.

Zároveň slouží jako stavební kámen pro individuální plánování průběhu služby s uživatelem. Dochází tedy k aktualizaci nepříznivé sociální situace budoucího uživatele, zjišťování informací o jeho zdravotním stavu pro poskytnutí zdravotních služeb v zařízení, sjednání rozsahu a průběhu poskytování sociální služby, dojednání termínu zahájení poskytování služby, projednání obsahu smlouvy a dalších důležitých dokumentů mezi které patří v Královéhradeckém kraji i již zmiňovaná Garantovaná nabídka. Tohoto sociálního šetření se účastní ze strany poskytovatele sociální pracovník a všeobecná sestra, případně i klíčový pracovník přicházejícího uživatele. Pokud dojde k uzavření Smlouvy o poskytování sociální služby začíná proces poskytování služby. Nyní si vysvětlíme důležité pojmy, které jsou spjaty s poskytováním sociální služby.

5.4 Klíčový pracovník

V rámci standardu č. 5 Individuální plánování musí mít poskytovatel pro každého uživatele určeného pracovníka, v praxi se používá termín „*Klíčový pracovník*“. Především je to role, která má napomáhat uživateli mít pocit spřízněné duše v novém prostředí, někoho, kdo je pro něj důvěrníkem, tím, na koho se může obrátit, komu věří, kdo se o něj a jeho potřeby a přání zajímá. Zároveň je to prostředník mezi uživatelem a ostatním personálem, který předává důležité informace dalšímu personálu o potřebách a přáních uživatele. Nesmíme opomenout, že hlavní náplní této role je společné individuální plánování průběhu poskytování služby společně s uživatelem, jeho průběžné hodnocení, vyhodnocování individuálního plánu uživatele a aktualizace informací v něm, naplňování cílů uživatele. (Vítová, 2011)

Vítová (2011) uvádí, že klíčový pracovník je v roli vyjednavče, který dojednává s uživatelem konkrétní podobu rozsahu poskytovaných činností s ohledem na individuální potřeby daného uživatele a možnosti poskytovatele.

Jak uvádí kolektiv autorů (2011) pojem „klíčový pracovník“ nenalezneme v žádném ze zákonů či prováděcích vyhlášek, přestože je v sociálních službách často používaný. Klíčového pracovníka můžeme definovat jako pracovníka, který je pověřen individuálním plánováním s ohledem na potřeby, možnosti a schopnosti uživatele a

zároveň na možnosti poskytovatele. Jeho role je velmi důležitá a zásadní ve vztahu k uživateli. Pro uživatele je klíčový pracovník důvěrníkem, osobou, na kterou se může obrátit, důvěřovat jí, být k ní otevřený.

S ohledem na výše uvedené je běžnou praxí, že roli klíčového pracovníka v zařízení vykonávají především pracovníci v sociálních službách, sociální pracovníci či pracovnice, případně i všeobecné sestry. Dle Vítové (2011) je důležité, aby tuto roli vykonával pracovník, který je s uživatelem v častém kontaktu, který ho zná, který mu přímo poskytuje potřebnou pomoc.

To potvrzuje i kolektiv autorů (2011), který uvádí, že klíčovým pracovníkem by měl být pracovník, který v osobním kontaktu s uživatelem denně. To zpravidla bývají právě pracovníci v sociálních službách, sociální pracovníci, všeobecné sestry.

5.5 Individuální plánování

Jak již bylo uvedeno výše sociální šetření je stavebním kamenem individuálního plánování. Již před zahájením poskytování služby je vyjednáno rozsah a průběh poskytování sociální služby tak, aby pomáhal řešit nepříznivou sociální situaci žadatele s ohledem na jeho dovednosti a možnosti a zároveň s ohledem na možnosti zařízení. To vše je zakotveno následně v individuálním plánu uživatele. Při poskytování sociální služby tedy i při individuálním plánování jsou dodržovány základní zásady poskytování sociální služby uvedené v §2 ZSS, tedy, že sociální služba, kterou plánujeme a poskytujeme, musí:

- zachovávat lidskou důstojnost
- vycházet z individuálních potřeb
- působit aktivně
- podporovat v samostatnosti, motivovat k takovým činnostem, které neprodlužují a neprohlubují nepříznivou sociální situaci
- vždy zachovávají lidská práva a základní svobody
- být poskytována kvalitně.

K čemu slouží individuální plán? Jasně říká pracovníkům v přímé péči, co vše, jak a kdy uživatel potřebuje zajistit. Kdo všechno a v jakém rozsahu se podílí na naplnění

individuálního plánu uživatele. Individuální plán zároveň musí být v souladu s potřebami, přáními a osobními cíli uživatele a měl by napomáhat s řešením jeho nepříznivé sociální situace. Z tohoto důvodu je velmi důležité po zahájení poskytování sociální služby tzv. adaptační období neboli období, kdy si uživatel zvyká na nové prostředí, nové lidi a v souvislosti s tím může docházet k potřebě úpravy vypracovaného individuálního plánu.

5.6 Adaptační proces

Adaptační proces nebo období není časově omezen, zpravidla to bývají tři měsíce, ale každý si na nové prostředí zvyká jinak, někdo se do domova pro seniory těší někdo ho přijímá jako nutnou potřebu. V této době je velmi důležitý intenzivní kontakt s uživatelem. Klíčový pracovník ve spolupráci se sociální pracovníci zde hrají velkou roli, zpravidla oni nejvíce a pravidelně navštěvují uživatele a probírají s ním, jak mu vyhovuje poskytovaná péče, jak si zvyká na nové prostředí, spolubydlíci, stravování, budují důvěru, otevřenost. apod.

Bicková a Hrdinová (2011) vnímají adaptační proces jako období, kdy se uživatel seznamuje s novým prostředím a pomalu si zvyká, osvojuje si nové věci, vztahy, prostředí. Vyrovnává se s nastalou změnou ve svém životě.

V rámci adaptačního období je potřeba především kvalitní komunikace se všemi zainteresovanými stranami, tedy uživatelem, klíčovým pracovníkem, sociálním pracovníkem, týmem pracovníků, kteří poskytují sociální služby a dalšími osobami, které se podílejí na řešení nepříznivé sociální situace uživatele (rodina, opatrovník, jiná služba, specialisti např. logoped, apod.) Kvalitní péče by nebyla poskytována bez fungujícího týmu, tedy na kvalitní poskytované péči se podílí výše uvedený multidisciplinární tým. Adaptační období je zásadní pro ladění, vyjasňování, upravování, nastavování průběhu poskytování služby, tak aby byla poskytovaná služba jak se říká ušitá na míru uživateli s ohledem na jeho možnosti a schopnosti a v souladu s posláním a cíli sociální služby.

Celý proces poskytování sociální služby je o dobře vytvořeném a následně i realizovaném individuálním plánu v souladu s posláním, cíli a principy služby a potřebami, možnostmi a schopnostmi uživatele.

Co je tedy pro dobré individuální plánování zásadní? Dle kolektivu autorů (2011) sběr dat, informací o uživateli, o jeho potřebách, tužbách, dosavadním životě, poznat uživatele komplexně. Dále mapování, pozorování projevů uživatele, co ho těší, kdy je naopak smutný, co říká, co dělá. Slyšet jeho přání, neboť zpravidla přání uživatele v sobě ukrývají nějakou potřebu. Vidět a zjistit uživateli potřeby, ať už biologické, psychologické, sociální nebo spirituální. Znat vnitřní i vnější zdroje, na těch je možné stavět možné pomoci uživateli. Nesmíme zapomenout ani na identifikování možných rizik, které by mohly bránit v uspokojování potřeb uživatele. A především na cíl, směřování uživatele, jak chce řešit svoji nepříznivou sociální situaci, to vše vychází z výše uvedených bodů. Následně je také třeba průběžně vyhodnocovat naplňování individuálního plánu a stanovených cílů a případně je přehodnotit. Znamená to tedy, že se hodnotí, jak se daří plnit jednotlivé kroky individuálního plánu, zda je třeba něco změnit, upravit, doplnit, apod.

Z výše uvedeného je viditelné, že zásadní je uspokojování potřeb uživatele vždy s ohledem na jeho možnosti a schopnosti, tedy naplňovat jeho potřeby tak, aby žil kvalitní život.

6 KVALITA ŽIVOTA UŽIVATELŮ V DOMOVĚ PRO SENIORY

„Pokud mluvíme o kvalitě života, musíme mít na zřeteli hlavně hodnotu života, která je mezinárodně chráněna právem na život jako jedním ze základních lidských práv“ (Hrozenská, M., Dvořáčková, D., 2013, str. 21).

Dle Chloupkové (2013) je pro seniory důležité naplnění potřeb z pohledu principů, a to zabezpečení, autonomie, důstojnosti, smysluplnosti a participace. Nyní si tyto principy trochu přiblížíme. Senior stejně jako každý z nás potřebuje uspokojit základní lidské potřeby jako je kde bydlet, mít kde spát, co jíst a pít, mít se do čeho oblékat, mít dostupnou zdravotní péči a být hmotně zabezpečen.

Dle Kalvacha a Onderkové (2006) je zásadní, aby byla zachována práva osoby na vlastní rozhodování, soukromí, aby měl kontrolu nad svým životem. Setrvání v přirozeném sociálním prostředí by mělo být upřednostňováno.

Znamená to tedy být samostatný, rozhodovat se, umět projevit své postoje, názory, potřeby. V seniorském věku je autonomie vnímána jako fyzická soběstačnost a nezávislost na druhých, jak uvádí Hrozenská (2008).

Nikdy nezapomínejme na základní hodnoty, které ovlivňují kvalitu života. Důstojnost patří mezi nejzásadnější.

Chloupková (2013) uvádí, že se senior může cítit ohrožen na důstojnosti právě ve chvíli, kdy se stává závislým na pomoci druhých. Zavázalová a kol. (2001) soběstačnost definuje jako způsobilost samostatného bytí.

Klvetová a Dlabolová (2008) upozorňují na to, že ve stáří dochází ke změnám, které u seniorů mají dopad na smysl jejich života. Senioři by se tak měli učit přijímat změny a měnit své stereotypy. Je tedy třeba hledat nové způsoby, eventuality, které opět mohou seniorům dodat smysluplnost jejich života.

Chloupková (2013:87) uvádí, že posledním neméně důležitým principem je participace dle Rosenmayera a Haškovcové kdy *„stáří bylo dříve soukromou tragédií člověka, dnes je sociálním jevem.“*

Vyčleňování seniorů vnímají Kalvach a Onderková (2006) za závažný sociologický problém. Dopad na seniory může být fatální. Může dojít k jejich sociálnímu vyloučení, což zapříčiní ztrátu sociálního fungování, zklamání, odevzdanost.

Z tohoto důvodu je zcela zásadní přizpůsobovat způsob komunikace možnostem a schopnostem každého jednotlivce, seniora. Senioři potřebují pocit sounáležitosti, že někam patří, že se o ně někdo zajímá, že jsou pro někoho důležití. To vše mohou mít i v domovech pro seniory. Důležitými kontakty jsou nejen rodina, ale i vrstevníci, kamarádi, přátelé, pečující personál.

Pokud budeme hovořit o seniorech využívajících pobytové sociální služby pro mnohé z nich je zásadní potřebou již výše zmíněný pocit jistoty, bezpečí, mít co jíst, pít, být v suchu a teple, mít okolo sebe někoho, kdo mu pomůže, když potřebuje, kdo má na něj čas, kdo se k němu chová s úctou a respektem. Také možnost setkávat se svými blízkými, využívat běžně dostupné veřejné služby, volně se pohybovat. To vše ovlivnila coronavirová krize a opatření, které jednotlivá zařízení aplikovala k zamezení šíření onemocnění covid – 19 především právě v nejvíce ohrožené skupině, a to skupině seniorů.

7 OVLIVNĚNÍ KVALITA ŽIVOTA PANDEMIÍ COVID - 19

Koncem roku 2019 se z Čínského města Wu-chan začala šířit neznámá zákeřná nemoc, kterou Světová zdravotnická organizace (WHO) pojmenovala jako SARS-Co V-2. (WHO, 2022)

SARS-Co V-2 patří dle UNC (2022) do skupiny virů, které se nazývají koronaviry. Patří sem i SARS-CoV, který spustil epidemii v roce 2003.

V té době postihla tato nemoc celkem 26 zemí. Začala se šířit z jihovýchodní Asie. Ukázala na zdravotní systémy mnoha zemí, na jejich nepřipravenost, nezpracování protiepidemiologických opatření, která by zamezovala šíření nemoci a ochraně zdraví. Nemoc se podařilo včas podchytit a nemuseli být přijímány zásadní omezující opatření. (Prymula a Špliňo, 2006)

Prymula a Špliňo (2006:11) SARS definovali jako „*syndrom akutního respiračního selhání, s vysokou morbiditou a smrtností, je novou nemocí 21. století.*“

Tůmová a kol. (2008) uvádí, že když zapátráme v historii nalezneme informace o pandemiích snad v každém století dokonce i několikrát. Ve 20. století se objevilo několik pandemií jako např. španělská chřipka, asijská chřipka. Dalo se tedy předpokládat, že i v tomto století se nějaká pandemie objeví.

Dle UNC (2022) SARS-Co V-2 se zkráceně začal označovat jako COVID-19. Co tato zkratka znamená? „CO“ je označení pro koronu, „VI“ pak pro virus, „D“ pro samotné onemocnění, „19“ rok, kdy byla tato nemoc poprvé identifikována. V samém začátku bylo použito pro tuto nemoc i označení „nový koronavirus 2019“.

Tato nemoc se začala šířit po celém světě, což vedlo k ohrožení zdraví v mezinárodním měřítku. Výše uvedený stav ohrožení byl WHO vyhlášen 30.1.2022. (Keisler, Lobotka, Kotulková, 2020)

V této práci budeme dále používat zkratku COVID-19. Nákaza COVID-19 se v České republice objevila v březnu 2020. Konkrétně 1.3.2020, kdy byly Státním zdravotním

ústavem potvrzeny první tři případy v naší republice. Jednalo se o osoby, které se navrátily ze zahraničí. (Keisler, Lobotka, Kotulková,2020)

Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo práce a sociálních věcí doporučovalo občanům, kteří se vraceli ze zahraničí ze zasažených oblastí covidem -19, aby minimalizovali kontakty se svými blízkými a dalšími osobami po dobu 14 dní od návratu. Především pak s osobami, které jsou ve zdravotnických nebo sociálních službách. Dále doporučovali dodržování základních hygienických zásad jako pravidelné mytí a dezinfikování rukou.

Následně dne 9.3.2020 byla potvrzena nákaza u osoby, která nepobývala mimo naši republiku. Nemoc se začala rychle šířit i v naší republice, což dokazuje tabulka zaznamenaných případů níže. (Keisler, Lobotka, Kotulková, 2020)

Téhož dne 9.3.2020 Ministerstvo zdravotnictví vydalo mimořádné opatření MZDR 10519/2020-1/MIN/KAN, které s účinností od následujícího dne zakazovalo návštěvy ve zdravotnických zařízeních a v sociálních službách v pobytové formě. Návštěvy byly možné pouze u nezletilých uživatelů, uživatelů omezených ve svéprávnosti a u uživatelů v terminálním stádiu trpící nevléčitelnou nemocí. (Keisler, Lobotka, Kotulková,2020)

Dne 12.3.2020 byl vyhlášen Vládou České republiky nouzový stav, který byl následně prodlužován.

Další zásadní omezení přišlo s Usnesením Vlády České republiky dne 16.3.2020 č. 239, kdy bylo uživatelům pobytových služeb zakázáno v době nouzového stavu opouštět areál zařízení. Zároveň došlo k omezení poskytování sociálních služeb. Služby byly poskytovány ne na základě individuálního plánu, ale v nezbytně nutné míře, tak aby bylo zajištění zdraví a život uživatelů.

Dne 22.3.2020 v České republice umírá první člověk nakažený touto zákeřnou nemocí. Postupně pak případů přibývá. Statistiky však nemusejí vypovídat skutečné počty nakažených, neboť v začátku nebylo testování příliš rozšířené. (Keisler, Lobotka, Kotulková, 2020)

Postupně jak se šířilo onemocnění i naší zemí, vydávala vláda ČR usnesení a Ministerstvo zdravotnictví mimořádná opatření, která měla vést k zamezení šíření tohoto onemocnění.

Od 1.5.2020 byla spuštěna tzv. chytrá karanténa. Dochází k omezování sociálních kontaktů a ke karanténě osob, které přišly do styku s osobami trpícími COVIDem-19.

Jak již bylo uvedeno výše, mezi prvními bylo přijato mimořádné opatření týkající se zákazu návštěv ve zdravotnických zařízeních a v pobytových sociálních službách, tedy i v domovech pro seniory. Vláda omezila volný pohyb osob na nezbytné minimum, zavedla nošení ochranných prostředků dýchacích cest. Postupně došlo i k uzavření některých obchodů a veřejných služeb. Školy zahájily výuku distanční formou. Pro všechny se zásadně změnil život.

To potvrzuje i Mojžíšová a Břízová (2020) které uvedly, že společnost jako celek, tak i jednotlivci v naší zemi pocítili v první polovině roku 2020 vliv pandemie.

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (dále jen APSS ČR) (2022) vydala dne 5.3.2020 tiskovou zprávu, která se týká úpravy Pandemického plánu ČR. Uvádí v ní, že *„nejohroženější skupinou v případě virového onemocnění COVID-19 jsou osoby starší 80 let. Celkový počet úmrtí na koronavirus je podle Mezinárodní zdravotní organizace momentálně 3,4 %. V případě starších osob se tento podíl zvyšuje až na 15 %.“*

Dále Horecký z APSS ČR (2022) uvedl, že APSS ČR je nápomocna při řešení nastalé situace poskytovatelům sociálních služeb. Byl vytvořen dokument obsahující postupy, jak postupovat, chovat se v době pandemie jak pro poskytovatele sociálních služeb, tak i pro uživatele a jejich příbuzné či známé, další zainteresované osoby. Dokument byl vytvořen ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví a dalších odborníků. Jeho cílem byla bezpečnost všech zainteresovaných.

V průběhu období pandemie COVID-19 bylo přijato mnoho Usnesení Vládou ČR, několikrát prodloužen nouzový stav. Ministerstvo zdravotnictví přijímalo jedno mimořádné opatření za druhým. Hlavním cílem bylo zabránit šíření této zákeřné nemoci.

MPSV také nezhálelo a vydávalo doporučené postupy pro sociální služby. Hlavním společným cílem všech bylo ochránit obyvatelstvo, a to především to nejohroženější, tedy seniory. (MPSV, 2022)

Ředitel odboru sociálních služeb z MPSV Pospíšil (2022) uvedl, že na samém začátku března vydali doporučený postup pro poskytovatele sociálních služeb. Účelem tohoto postupu bylo informování poskytovatelů sociálních služeb, jak se připravit na pandemii COVID-19 a jak postupovat v případě zjištění nákazy v zařízeních sociálních služeb.

COVID-19 ovlivnil i pracovníky sociálních služeb. Vystávaly obavy, co přijde. Neustálé změny v opatřeních, které přicházely každý den. Bylo těžké vyznat se co ještě platí a co už ne. Hledání vhodného způsobu předávání informací uživatelům, kteří již tak byli vyděšení informacemi, které někteří přijímali prostřednictvím médií. Zajištění provozů, nedostatek personálu, zvýšená úmrtnost uživatelů. I pro pracovníky to bylo velmi náročné období, období strachu, obav, beznaděje, nejistoty.

Jak již bylo řečeno výše pandemie COVID-19 ovlivnila životy nás všech zásadním způsobem. Jak uvádí Cibulková (2020) onemocnění COVID-19 má zásadní vliv na naši psychiku, kterou výrazně ovlivňuje, zároveň na naše chování, rozděluje společnost, narušuje soudržnost, není pouze nemocí.

Bylo již zmíněno výše, že nejvíce tato nemoc děsila a ovlivnila zranitelné skupiny mezi ně patří i senioři. Pro ty seniory, kteří využívají pobytové sociální služby to byl opravdu zásadní zásah. Zákaz návštěv, možnosti setkávání s vrstevníky, méně pohybu, využívání skupinových aktivit, jak se bude situace dál vyvíjet, co ještě přijde, jak dlouho to bude trvat, to vše mělo dopad na jejich motorické schopnosti a psychický stav, který měl vliv na jejich celkový zdravotní stav. Nemoc COVID-19 tak ovlivnila nejen ty, kteří se jí nakazili, ale i ty ostatní, neboť i zde došlo k ovlivnění zdraví a pohody, k ovlivnění kvality života.

Náročnost zvyšovaly neustálé v podstatě každodenní změny v opatřeních. Období, kdy byl v zařízení výskyt onemocnění COVID-19 byl ve znamení izolace uživatelů na pokoji, být tedy celý den v malé místnosti pouze se spolubydlícím nebo v případě jednolůžkového pokoje sám. Čekat až přijdou osoby, které nepoznává, neboť jsou

oblečeny v ochranných oblecích, mají respirátory, štíty, rukavice. A nehorší na tom všem je, že pracovníkům není rozumět.

To vše výrazně ovlivňoval i počet pracovníků, jejich vyčerpanost a někdy i pocit beznaděje. Schopnosti seniorů postupně ochabovaly, a to především v oblasti mobility. To vše zhoršovaly jejich obavy ne tak o sebe, jako o své blízké.

Organizace hledaly způsoby, jak umožnit kontakt s blízkými alespoň před dopisy, emaily, telefony, tablety. Přebíraly balíčky se vzkazy. Pracovníci hledali cesty, jak udržet schopnosti uživatelů, ať už individuálními procházkami po chodbách, tak aby nedocházelo k setkávání.

Naděje na lepší zítřky přišla s přijetím opatření, které umožnilo návštěvy i v domovech pro seniory za jistých pravidel. Praxe byla taková, že se na návštěvy objednávalo, mohl určitý počet osob na jednu návštěvu na určitou dobu, návštěvy se uskutečňovaly ve vyčleněné místnosti za dodržení pravidel stanovených opatřením. Vše sebou přinášelo zvýšenou administrativu pro poskytovatele a další pracovní vytížení pracovníků. Komunikaci uživatelů se svými blízkými stěžovaly používané ochranné prostředky jako rouška či respirátor. Uživatelé své blízké často nepoznávali nebo také měli problém jim rozumět.

SHRnutí TEORETICKÉ ČÁSTI

Tato diplomová práce se věnuje ovlivnění kvality života rezidentů domova pro seniory coronairovou krizí. Teoretická část byla rozdělena do sedmi kapitol. V první kapitole se zaměřila na pojmy senior, stárnutí a stáří. Dále se zaměřila na jednotlivé aspekty stáří a byl přiblížen demografický vývoj populace v České republice. Tato kapitola byla stěžejní, neboť je třeba uvědomit si, že stárnutí nás provází celým životem, a i stáří nás jednou dostihne. Kvalita života ve stáří je úzce spojena s předcházejícím průběhem našeho života. Proto je třeba o stáří a kvalitě hovořit již v produktivním věku. Druhá kapitola se zaměřila právě na zmiňovanou kvalitu života. Byla přiblížena v různých pojetích. Všechna pojetí jsou propojena a v součtu tvoří kvalitu života jako komplex. Málokdo z nás je však vždy spokojen ve všech oblastech. Z psychologického pohledu nám ke kvalitě života stačí, když se budeme cítit spokojeně, budeme šťastni. Ze sociologického nás bude uspokojovat životní úroveň, kterou budeme mít, s tím spojené místo ve společnosti. Z medicínského pohledu je zásadní zdraví. Třetí kapitola se zaměřila na potřeby seniorů. Každý z nás máme potřeby, které se snažíme naplnit. V seniorském věku se významnost potřeb mění. Někteří především potřebují pomoc se zajištěním základních potřeb. To vše souvisí i s aktuálním zdravotním stavem. Čtvrtá kapitola nám přiblížila současný systém péče v naší zemi. Primární péče by měla být vždy poskytnuta rodinnou, případně s využitím sociální péče v podobě dostupných terénních služeb jako je například pečovatelská služba. Ta je často poskytována souběžně se zdravotní péčí, kterou zpravidla zajišťují praktičtí lékaři, případně na základě doporučení i odborní. Jeli však již péče v domácím prostředí nedostačující, rodina ani s využitím dalších dostupných zdrojů není schopna péči zajistit, přichází na řadu rezidentní služby nebo v případě zhoršení zdravotního stavu a potřeby lékařského dohledu zdravotní služby lůžkového typu. Diplomová práce se věnuje rezidentním službám, a to přímo domovům pro seniory. ZSS a jeho prováděcí vyhláška nám přiblížily, jaké činnosti tento typ rezidenčního zařízení poskytuje a jak je důležitá konkrétní nabídka zařízení. V další kapitole jsme se zaměřili na kvalitu trochu jinak. Ne z pohledu rezidentů, ale sociálních služeb. Přiblížili jsme si vývoj kvality v naší zemi a také standardy kvality sociálních služeb a jejich kontrolu. V sociálních službách je důležitým procesem,

který se odráží v kvalitě vůči respondentům proces Jednání se zájemcem a následně proces Poskytování sociální služby. I zde jsme si přiblížili důležité pojmy, které jsou s těmito procesy spojovány. Předposlední kapitola se věnovala kvalitě života rezidentů v domově pro seniory. Poslední kapitola pak nové zákeřné nemoci COVID-19 a opatřením k zamezení šíření této nemoci, které měly dopad na domovy pro seniory. Jak velký dopad a v jakých oblastech především ovlivnila tato nemoc životy rezidentů domovů pro seniory bylo předmětem výzkumu, kterému se budeme věnovat nyní.

III. EMPIRICKÁ ČÁST

8 METODOLOGIE VÝZKUMU

Každý z nás bychom chtěli žít kvalitním životem. Jak již bylo uvedeno v teoretické části kvalita života nás provází celým životem, a to, jak jsme žili se odráží i v kvalitě života v seniorském věku. Senioři jsou velmi křehkou cílovou skupinou, která si zaslouží svou pozornost a kvalitní život. Především je třeba cílit na seniory, kteří jsou závislí na pomoci druhých. I v rezidenčních zařízeních pro seniory mohou jejich uživatelé žít spokojeně. To vše bylo zásadně ovlivněno novou neznámou nemocí COVID-19. Z tohoto důvodu je třeba věnovat této oblasti pozornost a zabývat se tím, jak předcházet či minimalizovat dopady pandemií na seniory, uživatele domovů pro seniory. Z tohoto důvodu byl výzkum zaměřen na uživatele domovů pro seniory, jak oni sami vnímají dopad nemoci COVID-19 na jejich životy. Zároveň je důležitý i pohled z jiné strany, a proto byli osloveni také pracovníci v přímé péči, aby z jejich pohledu popsali vliv nemoci COVID-19 na životy uživatelů v domovech pro seniory.

V empirické části diplomové práce jsou popsány jednotlivé etapy realizovaného výzkumu. Na začátku si představíme hlavní cíl výzkumu, který byl zjišťován prostřednictvím čtyř dílčích cílů. Tyto dílčí cíle byly přeměněny do tazatelských otázek, prostřednictvím kterých bylo zjišťováno naplnění jednotlivých dílčích cílů. Dále se seznámíme s organizací a průběh celého výzkumu, zvolenou výzkumnou strategií a metodou zpracování získaných informací. Poté se budeme věnovat výběru výzkumného souboru a etickým rizikům. Empirickou část uzavírá analýza a interpretace zjištěných výsledků výzkumu.

8.1 Hlavní výzkumný cíl a dílčí cíle

Hlavním cílem práce je zjistit, jak coronavirová krize ovlivnila kvalitu života seniorů v domovech pro seniory.

K dosažení hlavního cíle byly stanoveny níže uvedené dílčí cíle. První tři dílčí cíle jsou zaměřeny přímo na uživatele domovů pro seniory. Poslední dílčí cíl se zaměřuje

na personál v přímé péči, který pečuje o uživatele v domovech pro seniory. Pohled personálu doplňuje pohled uživatelů samotných.

DVC 1: Ověřit, jak ovlivnila coronavirová krize kvalitu života uživatelů domova pro seniory v oblasti kontaktu se svými blízkými.

DVC 1.1 Zanalyzovat, co si rezidenti představují pod pojmem kvalitní život a jak hodnotí život v domově pro seniory.

DVC 1.2 Ověřit, jak byli rezidenti informováni a vnímali aplikovaná opatření v souvislosti se zabráněním šíření onemocnění covid – 19 v domově pro seniory.

DVC 1.3 Ověřit, zda byl v době trvání coronavirových opatření ovlivněn kontakt rezidentů se svým přirozeným prostředím a jaký to mělo vliv na rezidenty.

DVC 2: Ověřit, jak ovlivnila coronavirová krize kvalitu života uživatelů domova pro seniory v oblasti využívání veřejně dostupných služeb.

DVC 3: Ověřit, jak ovlivnila coronavirová krize kvalitu života uživatelů domova pro seniory v oblasti využívání volnočasových aktivit.

DVC 4: Ověřit, jak vnímají pracovníci domova pro seniory dopad coronavirové krize na kvalitu života uživatelů domova pro seniory.

DVC 4.1 Zanalyzovat, jak pracovníci vnímali dopad aplikovaných opatření v souvislosti se zabráněním šíření onemocnění covid – 19 v domově pro seniory na uživatele.

Jak již bylo řečeno výše zjišťování naplnění cílů bylo realizováno prostřednictvím transformace dílčích cílů do tazatelských otázek, které jsou uvedeny v transformační tabulce níže.

8.1.1 Transformační tabulka

Tabulka č. 3 – Transformační tabulka rezidenti domovů pro seniory

Cíl	Metody a techniky výzkumu	Indikátory	Otázky pro rozhovory s rezidenty domova pro seniory
DVC 1. Ověřit, jak ovlivnila coronavirová krize kvalitu života uživatelů domova pro seniory v oblasti kontaktu se svými blízkými.	Polostrukturovaný rozhovor	Kontakt s blízkými	
DVC 1.1 Zanalyzovat, co si rezidenti představují pod pojmem kvalitní život a jak hodnotí život v domově pro seniory.			TO1. Co si představujete pod pojmem kvalita života? TO2. Máte v domově pro seniory kvalitní život?
DVC 1.2 Ověřit, jak byli rezidenti informováni a vnímali aplikovaná opatření v souvislosti se zabráněním šíření onemocnění covid – 19 v domově pro seniory.			TO3. Byli jste dle Vás dostatečně informováni o režimových opatřeních v organizaci v souvislosti se zabráněním s nálezou Covid 19? TO4. Byla dle Vás přijatá pravidla v souvislosti se zabráněním šíření nákazy Covid 19, dostatečná a efektivní?
DVC 1.3 Ověřit, zda byl v době trvání coronavirových opatření ovlivněn kontakt rezidentů se svým			TO5. Navštěvuje Vás rodina, známí v domově pro seniory? TO6. Jak často?

<p>přirozeným prostředím a jaký to mělo vliv na rezidenty.</p>		<p>TO7. Jakým jiným způsobem jste ještě v kontaktu s rodinou, známými?</p> <p>TO8. Mohla Vás rodina, známí navštěvovat i v době, kdy platila proti coronavirová opatření?</p> <p>TO9. Chyběl Vám osobní kontakt s rodinou, známými v době zákazu návštěv?</p> <p>TO10. Jakým způsobem jste byl/a v kontaktu s rodinou, známými v době zákazu návštěv?</p> <p>TO11. Byl pro Vás tento způsob kontaktu s rodinou, známými dostačující?</p> <p>TO12. Pomohl Vám někdo s navázáním kontaktu s rodinou, známými v době proti coronavirových opatření?</p> <p>TO13. Mohl/a jste jezdit domů k rodině v době proti coronavirových opatření?</p> <p>TO14.</p>
--	--	---

			<p>Mohli jsme se setkávat s ostatními uživateli?</p> <p>TO15. Mohli jste se volně pohybovat po zařízení?</p> <p>TO16. Měla jste obavy o své zdraví nebo svých blízkých?</p>
<p>DVC2. Ověřit, jak ovlivnila coronavirová krize kvalitu života uživatelů domova pro seniory v oblasti využívání veřejně dostupných služeb.</p>	<p>Polostrukturovaný rozhovor</p>	<p>dostupnosti veřejných služeb</p>	
			<p>TO1. Využíváte veřejně dostupné služby jako je např. kadeřnice, pedikúra, knihovna, apod.?</p> <p>TO2. Využíváte tyto služby domově pro seniory nebo mimo něj?</p> <p>TO3. Mohla jste tuto službu využívat i v době proti coronavirových opatření?</p>

			<p>TO4. Jak velký vliv mělo omezení dostupnosti veřejných služeb na Vaši kvalitu života?</p> <p>TO5. Bylo Vám nabídnuto náhradní řešení?</p> <p>TO6. Pokud ano, jaké, využil/a jste ho?</p>
DVC3. Ověřit, jak ovlivnila coronavirová krize kvalitu života uživatelů domova pro seniory v oblasti využívání volnočasových aktivit.	Polostrukturovaný rozhovor	Volnočasové aktivity	
			<p>TO1. Nabízejí Vám v domově pro seniory volnočasové aktivity?</p> <p>TO2. Navštěvujete pravidelně nějakou z nabízených volnočasových aktivit domova pro seniory?</p> <p>TO3. Byly Vám poskytovány tyto aktivity i v době proti coronavirových opatření?</p> <p>TO4. Jakou formou?</p> <p>TO5.</p>

			<p>Chyběly Vám aktivity?</p> <p>TO6. Jak jste trávil volný čas v době proti coronavirových opatření?</p>
--	--	--	--

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka č. 4 - Transformační tabulka pracovníci přímé péče

Cíl	Metody a techniky výzkumu	Indikátory	Otázky pro rozhovory s rezidenty domova pro seniory
DVC4. Ověřit, jak vnímají pracovníci domova pro seniory dopad coronavirové krize na kvalitu života uživatelů domova pro seniory.	Polostrukturovaný rozhovor	Kvalita života rezidentů	
DVC4.1 Zanalyzovat, jak pracovníci vnímali dopad aplikovaných opatření v souvislosti se zabráněním šíření onemocnění covid – 19 v domově pro seniory na uživatele.			<p>TO1. Byla dle Vás přijatá pravidla v souvislosti se zabráněním šíření nákazy Covid 19, dostatečná a efektivní?</p> <p>TO2. Ovlivnila přijatá pravidla v souvislosti se zabráněním šíření nákazy Covid 19 život uživatelů domova pro seniory?</p> <p>TO3. V jakých oblastech a jak?</p>

			<p>TO4. Byla uživatelům nabídnuta vhodná řešení ke zmírnění dopadu proti coronavirových opatření?</p> <p>TO5. Využili je uživatelé?</p> <p>TO6. Byla dostačující?</p>
--	--	--	---

Zdroj: Vlastní zpracování

8.2 Výzkumná strategie

Z možností výzkumných strategií vhodných pro sociální výzkumy byl zvolen kvalitativní výzkum a metoda polostrukturovaného rozhovoru.

Matoušek a kol. (2013:528) uvádí, že v sociální oblasti jsou ve velké míře využívány kvalitativní metody, protože zachycují a interpretují příběh. Zjištění jsou vyjádřena slovně nikoliv v číslech.

Miovský (2006:18) definuje kvalitativní výzkum „*přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoliv psychologického zkoumání*“.

Hendl (2008) popisuje výhody a nevýhody kvalitativního výzkumu. Výhody spatřuje v získání podrobného popisu a pochopení při zkoumání jedince, skupin, události, fenoménu. Studium fenoménu v přirozeném prostředí. Možnost zabývat se procesy, doporučovat teorie. Reagovat dobře na lokální stavy a podmínky. Pátrá po místní příčinné spojitosti. Nevýhody spatřuje v tom, že získaná vědomost není zobecnitelná. Není tedy možná její aplikace do jiného prostředí nebo na celou populaci. Obtížně se uskutečňují kvantitativní predikce. Hypotézy a teorie jsou těžce testovatelné. Delší čas trvá sběr a vyhodnocení získaných informací. Výzkumník může získaná data snadněji ovlivnit.

Výzkum byl realizován v přirozeném prostředí uživatelů domova pro seniory, což vedlo k získání podrobných informací přímo od uživatelů domovů pro seniory a

zprostředkování detailního pohledu na život každého z nich. Informace byly získávány prostřednictvím otevřených otázek. Dále byly vedeny rozhovory i s pracovníky přímé péče, a to pro ně v bezpečném prostředí, které si zvolili.

Dle Gojové (2014:23) „Kvalitativní výzkumný přístup lze charakterizovat subjektivností a významem, které zkoumaným tématům dávají lidé žijící/pracující v určitém prostředí, z něhož zkoumaná témata vyvstávají.“

Disman (2002:289) konstatuje, že cílem u kvalitativního výzkumu je „porozumění lidem v sociálních situacích“.

8.3 Technika sběru dat

Ke sběru dat byla zvolena technika polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor je založen na jasných otázkách, které směřují k zodpovězení hlavní výzkumné otázky, zároveň umožňuje výzkumníkovi empaticky naslouchat a ihned reagovat na respondenta. (Mišovič, 2019)

Miovský (2006:159) uvádí, že polostrukturovaný rozhovor „je zřejmě vůbec nejrozšířenější podobou metody interview, neboť dokáže řešit mnoho nevýhod jak nestrukturovaného, tak plně strukturovaného interview. Polostrukturované (semistrukturované) interview vyžaduje oproti nestrukturovanému náročnější technickou přípravu.“

Polostrukturovaný rozhovor jak uvádí Gavora (2010) je pro výzkumníka snadnější, neboť se může držet a směřovat rozhovor k předem připraveným obecným otázkám, rychleji se v rozhovoru zorientovat a zároveň se ale nemusí otázek striktně držet, jsou pro něj jakýmsi vodítkem. Rozhovor výzkumník formuje dle aktuální nastalé situace. Přesto se příprava na rozhovor nesmí podcenit.

To potvrzuje i Hendl (2005), který uvádí, že na rozhovor je třeba se náležitě připravit. Příprava se odvíjí od typu rozhovoru. Velmi důležitá je soustředěnost, vnímavost, mezilidské pochopení. Polostrukturovaný rozhovor je pro výzkumníka variantou, kde má připravené oblasti a otázky, ale může měnit jejich pořadí, doptávat se, do vysvětlovat. Je flexibilní, ale zároveň organizovaný.

Jak uvádí Gavora (2010) je velmi důležité, aby výzkumník přizpůsobil způsob komunikace respondentovi. Používal identické výrazy, obdobná slova, pracoval s jazykem, který používá respondent.

Velkou výhodou polostrukturovaného rozhovoru je možnost doptávat se, díky čemuž můžeme dosáhnout přesnějších a maximum potřebných informací, než při jiných typech rozhovorů, jak uvádí Miovský (2006).

Hendl (2005) uvádí, že nenalezneme přesný postup pro vedení rozhovoru, ale je dobré dodržovat pár zásad, a to:

- důkladně se připravit
- uvědomit si, že účel výzkumu určuje celý postup dialogu
- vytvořit prostor pro respondenta, tak aby se mohl projevit vlastním stylem
- vytvořit prostředí, ve kterém je vzájemná důvěra, vstřícnost, empatie
- uvědomit si, že kladené otázky v rozhovoru nejsou stejné jako výzkumné otázky
- přizpůsobit kladení a formulaci otázek respondentovi, tak aby byly jasné, srozumitelné
- klást vždy jednu otázku
- doptávat se
- vyjasnit si, proč informace zjišťujeme, jak budou použity
- dávat najevo pozorným nasloucháním zájem o respondenta
- nechávat respondentovi dostatečný prostor na odpověď
- udržovat si neutrální postoj, nesoudit, nenálepkovat
- provádět sebereflexi
- na závěr rozhovoru provést kontrolu a úplnost poznámek

Pro respondenty je zásadní navození pocitu jistoty a bezpečí, které doplňuje příjemného prostředí. Pokud se vše výše uvedené podaří, dochází i k navození důvěry, což sebou přináší uvolněný hovor, ve kterém se respondenti chovají a vyjadřují svým běžným přirozeným způsobem. Zásadní je také přizpůsobení komunikace respondentovi.

8.4 Etika a rizika výzkumu

Výzkumné šetření bylo uskutečněno ve dvou domovech pro seniory. Rozhovory byly vedeny jak s rezidenty domova pro seniory, tak i s pracovníky v přímé péči. V rámci výzkumu je důležité, aby výzkumník dodržovat zásadní principy či pravidla, která chrání účastníky výzkumu. Mezi zásadní pravidlo výzkumu patří, že nelze výzkum provádět s osobou, která k výzkumu nedala tzv. informovaný souhlas. To znamená, že informanti musí být řádně a srozumitelně seznámeni, co budeme zjišťovat, jak naložíme se získanými informacemi a co z toho plyne pro informanty, možná rizika, výhody a nevýhody. Informant má právo kdykoliv přerušit nebo ukončit svou účast ve výzkumu. (Miovský, 2006)

S výše uvedeným je úzce spjato riziko spočívající v nedostatku informantů. To může způsobit například nedostatečné vysvětlení povahy a důsledků výzkumu potencionálním informantům ze strany výzkumníka. V tomto výzkumu spočívalo riziko v možném nedostatku informantů z důvodu neorientovanosti, zdravotního stavu neumožňujícího verbální komunikaci, málo uživatelů, kteří využívali pobytovou sociální službu v době COVIDU-19 a aplikovaných opatřeních.

V rámci výzkumu musíme chránit soukromí a osobní údaje informantů. Informanti by tak měli znát osoby či instituce, které budou mít přístup k získaným informacím a za jakým účelem budou mít k dispozici získaná data z výzkumu. Důležité je, aby se výzkumník zavázal pouze k tomu, co může splnit. „*Ochrana soukromí a osobních údajů účastníků výzkumu musí být zaručena tak, aby nemohlo v důsledku nedodržení těchto etických zásad dojít k jejich újmě.*“ (Miovský, 2006:283)

To potvrzuje i Švaříček (2007), který za jeden z nejzásadnějších principů vnímá důvěra, která pro informanty znamená pocit jistoty a bezpečí.

Důvěra informanta vůči výzkumníkovi je zásadní a má vliv na výsledek výzkumného šetření. Pokud informant důvěřuje výzkumníkovi, je možné informanta motivovat k poskytování potřebných přesných a vypovídajících informací. (Miovský, 2006)

Riziko, které nesmíme opomenout je i újma či poškození účastníka výzkumu v důsledku naší výzkumné činnosti. Výzkumník tak musí dbát na to, aby nevystavil

nepřiměřenému riziku nebo situacím sebe ani ostatní účastníky výzkumu, aby nedošlo k porušení etických zásad. (Miovský, 2006)

Etické riziko by mohlo nastat v situaci, kdy by uživatelé nebo poskytovatelé sociální služby mohli zjištěné informace v rámci výzkumu uškodit. Uživatel by se tak mohl obávat o postoj poskytovatele sociální služby k jeho osobě, pokud by sdělil něco, co by negativně hodnotilo poskytovatele sociální služby. Naopak může nastat i neoprávněné obviňování poskytovatele sociální služby ze strany uživatele, které se však nezakládá na pravdivých informacích. Mohlo by dojít k poškození pověsti poskytovatele sociální služby. Podobně to může být i v případě pracovníka a zaměstnavatele.

Jistě bychom našli mnoho dalších rizik zásadní je nezapomenout roli, tedy roli výzkumníka, umět provést sebereflexi, nenálepkovat, nesoudit, nevnášet do výzkumu své názory a postoje. Informace, které jsou získány použít jen pro předmětný výzkum.

8.5 Výběr souboru informantů

S výskytem nového onemocnění COVID-19 bylo v rámci celého světa přijato mnoho opatření ke zmírnění šíření tohoto onemocnění. Ani Česká republika nebyla výjimkou. Mezi nejohroženější skupinu lidí patřili senioři. Z tohoto důvodu byly pro výzkum osloveny informanté ze dvou zařízení v Královéhradeckém kraji, která poskytují pobytovou sociální službu domov pro seniory a jejichž zřizovateli je Královéhradecký kraj. Nyní si stručně přiblížíme jednotlivá zařízení. Z důvodu zachování anonymity informantů neuvádím názvy zařízení.

První z oslovených zařízení poskytuje pobytové sociální služby, z nichž jedna je domov pro seniory. Domov pro seniory začal své služby poskytovat v listopadu roku 2001. Jeho kapacita činila 95 lůžek. Od října roku 2019 došlo k navýšení kapacity domova pro seniory na 103 lůžek. V průběhu své existence se toto zařízení zapojovalo do projektů, které se zaměřovali na řízení kvality.

Druhé zařízení poskytuje také více sociálních služeb. Jednou z nich je i domov pro seniory, který poskytuje své služby od roku 2009. Kapacita domova je 48 lůžek.

Obě zařízení poskytují základní činnosti, které stanovuje ZSS a jeho prováděcí vyhláška. Zajišťují tedy i volnočasové a zájmové činnosti, a to v různých intervalech. Mezi tyto činnosti patří například posezení u kávy, nácvik paměti, trénování a nácvik jemné motoriky, čtení, promítání DVD a fotografií z akcí, filmový klub, kuželky, muzikoterapie, canisterapie či reminiscence, ale také pohybové aktivity jako cvičení. To vše doplňují různá kulturní vystoupení, výlety, vycházky, hry, přednášky. Činnosti, které nabízejí jsou skupinové i individuální. Uživatelé mají také k dispozici kantýnu, která jim nabízí širokou nabídku zboží od potravin až po drogistické zboží.

Pro uživatele, kteří již nemohou využívat veřejných služeb jako je kadeřnictví či pedikúra ve městě, dochází tyto služby přímo do zařízení. Jsou zde uspokojovány i duchovní potřeby, pravidelně v zařízeních probíhají bohoslužby. Zde je jen přiblížení těchto služeb, kompletní nabídky služeb jsou obsáhlejší a konkrétnější i s uvedením četností nabízených činností.

První skupina informantů byla vybrána na základě níže uvedených kritérií:

Způsobilost k rozhovoru – byli vybráni informanti, kteří jsou orientovaní, schopní verbální komunikace

Uživatel službu využívá minimálně od roku 2019 – toto kritérium bylo zvoleno z důvodu, aby informanti využívali službu před i v době onemocnění COVID-19. Měli tedy možnost zažít běžný chod zařízení a chod zařízení v době coronavirových opatření.

Tabulka č. 5 - Informanti – uživatelé domova pro seniory

Označení informanta	Další relevantní informace
I 1	Žena, rezidentka věk 85 – 90 let
I 2	Žena, rezidentka věk 75 – 80 let
I 3	Žena, rezidentka věk 80 – 85 let

I 4	Žena, rezidentka věk 85 – 90 let
I 5	Žena, rezidentka věk 95 – 100 let
I 6	Žena, rezidentka věk 90 – 95 let
I 7	Žena, rezidentka věk 80 – 85 let
I 8	Žena, rezidentka věk 85 – 90 let
I 9	Žena, rezidentka věk 85 – 90 let
I 10	Muž, rezident věk 85 – 90 let

Zdroj: Vlastní zpracování

Druhá skupina informantů se skládá z řad pracovníků, zde byla stanovena pro výběr následující kritéria:

Pracovat v přímé péči s uživateli domova pro seniory – kritériem výběru byli pracovníci, kteří v zařízení vykonávají některou z pozic přímé péče, tedy pracovníka v sociálních službách, pracovník v sociálních službách – aktivizační pracovník, sociální pracovnice, všeobecná sestra.

Pracovat v zařízení alespoň od roku 2019 – kritériem i zde bylo, aby pracovníci v zařízení pracovali v době běžného chodu zařízení, a i v době coronavirových opatření.

Tabulka č. 6: Informanti – pracovníci přímé péče

Označení informanta	Další relevantní informace
I 11	Žena, všeobecná sestra
I 12	Žena, pracovník v sociálních službách
I 13	Žena, sociální pracovnice

I 14	Žena, sociální pracovnice
I 15	Žena, všeobecná sestra
I 16	Žena, pracovník v sociálních službách
I 17	Žena, aktivizační pracovnice

Zdroj: Vlastní zpracování

8.6 Realizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo od dubna 2022 do května 2022. Informanti byli seznámeni s povahou a účelem výzkumu. V souladu s etickými principy bylo informantům přislíbeno zachování anonymity, tedy i to, že rozhovory nebudou nahrávány, byly tedy zaznamenávány písemně. Informanti tak byli označeny kódy I 1 – I 17. Rozhovory se uskutečnily v prostředí, které si informanti zvolili sami. Důvodem bylo, aby se cítili dobře, uvolněně a lépe se jim odpovídalo na kladené otázky, tedy aby měli pocit jistoty a bezpečí.

U uživatelů domova pro seniory se většinou uskutečnil rozhovor v soukromí jejich pokoje, zimní zahrady nebo v altánu. Rozhovory probíhaly v dopoledních a odpoledních hodinách. Rozhovory s pracovníky byly realizovány, tak aby nezasahovaly do jejich pracovních povinností, zpravidla v odpoledních hodinách v soukromí kanceláře sociální pracovnice nebo po mimo pracovní dobu v kavárně mimo zařízení.

Rozhovory s uživateli trvaly v průměru 30 minut a s pracovníky 20 minut. Jak uvádí Hendl (2008:228) „*Data je nutné přepsat a provést vybraný způsob transkripce. Transkripce označuje proces převodu původních dat do lépe zpracovatelné podoby.*“ Důležitost transkripce „*převod dat netextové povahy do povahy textové*“ potvrzuje i Miovský (2006:205). Uskutečněné rozhovory byly přepisovány do počítače, byla tedy provedena doslovná transkripce.

Informanti otázkám porozuměli, občas bylo nutné dovysvětlit nebo zformulovat otázku jinak, občas sami začali hovořit o tom, co bylo předmětem další otázky, někdy

bylo nutné položit doplňující otázku. Informanti hovořili otevřeně, s důvěrou. Během rozhovorů bylo mnoho chvil plných emocí a vzpomínek. Někteří informanti potřebovali sdělit více informací, někteří byli v odpovědích struční.

Hendl (2008) uvádí tři možné druhy kódování, a to otevřené, axiální a selektivní. Kódování je nástroj, pomocí kterého popisujeme data. Dle Hendla (2008:228) „*kódy mají mít relevanci k výzkumným otázkám, konceptům a tématům.*“

Pro tento výzkum bylo zvoleno otevřené kódování. Dle Hendla (2008:247) „*lze kódovat slovo po slovu, podle odstavců, anebo podle celých textů a případů. Problém, položená otázka nebo osobní styl práce určují, která z těchto alternativ se zvolí.*“

To potvrzuje i Strauss a Corbinová (1999), kdy při otevřeném kódování postupně dochází k oddělování získaných informací až na samostatné části, které jsou analyzovány a dochází k porovnávání souladů a rozdílů, zároveň jsou pokládány dotazy o fenoménech těchto údajů.

Příprava analýzy dat byla provedena pomocí barvení textu. Pomocí různých barev byly označeny menší bloky, jednotlivá slova či slovní spojení. Každá jednotka byla označena kódem. Tímto způsobem byly identifikován soulad nebo nesoulad v odpovědích informantů. Následně budou tyto výsledky interpretovány v následující kapitole.

8.7 Interpretace výstupů zjištěných výzkumem

V této kapitole se práce věnuje interpretaci získaných dat v rámci výzkumu. Data byla získána pomocí polostrukturovaných rozhovorů jak s rezidenty domovů pro seniory, tak i se zástupci pracovníků v přímé péči.

Hlavním cílem práce je zjistit, jak coronavirová krize ovlivnila kvalitu života rezidentů v domovech pro seniory.

K dosažení hlavního cíle byly stanoveny níže uvedené dílčí cíle. První tři dílčí cíle jsou zaměřeny přímo na rezidenty domovů pro seniory. Poslední dílčí cíl se zaměřuje na personál v přímé péči, který pečuje o rezidenty v domovech pro seniory. Pohled personálu doplňuje pohled rezidentů samotných.

DC 1: Ověřit, jak ovlivnila coronavirová krize kvalitu života rezidentů domova pro seniory v oblasti kontaktu se svými blízkými

DVC 1.1 Zanalyzovat, co si rezidenti představují pod pojmem kvalitní život a jak hodnotí život v domově pro seniory.

K vyhodnocení dílčího cíle byly použity tazatelské otázky TO1 – TO2. Pomocí kterých bylo zjišťováno od informantů, co je pro ně kvalita života a zda mají v domově pro seniory kvalitní život.

Nejdříve byla položena informantům otázka, co si představují pod kvalitou života, co je činí šťastnými, spokojenými. I 1 uvedl „*Hlavně snad to zdraví. No a pak já jsem tady spokojená. To zdraví.*“ To potvrdili i další informanti I 3, „*Hlavně aby byl člověk zdravej a z toho co ho trápí zdravotně, aby se trošku vyhrabal,*“ I 5 „*No v první řadě zdraví.*“ Informant I 9 vnímá kvalitu života i přes svá omezení v tom, že má zajištěné ubytování v jednolůžkovém pokoj, zajištěnou péči o zdraví, stravování, pomoc s péčí o vlastní osobu v oblastech, které samostatně nezvládá, možnost využití volného času prostřednictvím nabízených aktivit. Informant I 2 se vyjádřil takto „*Abychom se měli dobře, abychom nic nepotřebovali na druhých. ... to bych chtěla, aby se o mě někdo staral, protože já nemůžu, tak bych chtěla, aby se o mě někdo postaral.*“ Pro informanta I 4 je důležité následující „*No tak to zázemí. Děti, aby byly v pořádku. Tak abych se cítila dobře to zdraví a okolo mě, aby byli taky spokojení.*“ Informant I 6 uvedl „*Už nic. Aby mě nohy trochu nosily, hlavně ty nohy... ..aby mě někdo sebral ze země, když bych upadla.*“ Pro informanta I 8 je kvalitou života „*spokojenost. Dobrý bydlení, to je hlavní dobře bydlet. Kdybych měla partnera, toho bohužel nemám, tak bez něj. Děti ty mi pomáhají ve všem, co můžou. Jsou velice slušní na mě. Zdraví, aby bylo no ovšem, sem tam ta nějaká společnost.*“ Informanti 7 a 10 vnímají kvalitu života jako život, který nyní mají v domově pro seniory. Informant I 7 sdělil „*Já si život kvalitní představuji prostě takový, jak to tady prožívám, tak jak mi byl nabídnut, když jsem sem přišla. Tak v tom duchu tady jedu. Že jsem bez starostí lékařského, mám zajištěné jídlo bez starostí. Potom si tady můžu dělat co vůbec chci. Tu kvalitu života si představuju tak, že mám ráda kytičky, ráda šiju, háčkuju, pletu, ráda čtu, to jsem si dřív nemohla dovolit. Tak jsem si přála, až já jednou budu*

v důchodu, že budu čist, takže si toho tady krásně užívám. No potom veškeré aktivity, který mě baví tak chodím.“ Informant I 10 sdělil „*To mě naplňuje to, že jsem v domově pro důchodce, pro starší, takže tady teď jsem doma.*“

Informanti se vyjádřili tak, že hlavní a zásadní je pro ně zdraví. Pak také zmiňovali dobré zázemí, zajištěnou potřebnou pomoc v oblastech, ve kterých již nejsou soběstační, společnost a aby se měly dobře jejich děti.

Následovala otázka, zda informanti vnímají svůj život v domově pro seniory jako kvalitní. I 1 uvedl „*Ano. Já jsem spokojená tady. Je to čím dál horší, to musím uznat, protože před těma devíti roky to bylo úplně jiný zas. Mohla jsem dělat všechno jinak, nebyla jsem na tom tak špatně. Roky přibývají, to se nedá nic dělat, no. Ale já jsem jako spokojená.*“ To potvrzují i další z informantů, kteří uvádějí I 2 „*Já myslím, že jo, že jsem tady spokojená.*“, I 3 „*Já myslím, že jo, že to je dobrý.*“, I 7 „*Já jsem skromný člověk, takže myslím, že ano.*“, I 8 „*Já bych řekla, že jo.*“ Na dotaz, zda jsou naplňovány potřeby, odpověděl informant I 8 „*Úplně ano, mě se tady líbí teda.*“ Informant I 4 uvedl „*Ano, já myslím. Já si to dělám podle svého všechno, jsem tady sama, když potřebuji společnost, tak jdu. Mám tady kamarádky dobrý, takže jsem spokojená.*“ Informant I 5 se také ztotožňuje s názorem ostatních informantů a sdělil „*Tak určitě ano, mě sem rodina, mám syna a snachu, tak se snaží abych i já měla hodnotný život a věřím, že takový domov pro seniory je vyhovující.*“ Informant I 6 uvedl následující „*No, kdybych mohla být doma jako jsem byla, tak to bych měla lepší, ale jelikož jsme žili s mojí sestrou už jenom, a sestra zemřela, tak já jsem šla sem.*“ Informant I 9 konstatoval „*No tak snad mám.*“ Jednoznačnou spokojenost se životem v domově pro seniory, a tedy kvalitní život má informant I 10, který na výše uvedenou otázku odpověděl „*stoprocentně.*“

Z výše uvedených odpovědí vyplývá, že informanti vnímají život v domově pro seniory jako kvalitní život. Jeden z respondentů uvedl, že doma by to bylo lepší.

DVC 1.2 Ověřit, jak byli rezidenti informováni a vnímali aplikovaná opatření v souvislosti se zabráněním šíření onemocnění covid – 19 v domově pro seniory.

Tento dílčí cíl byl vyhodnocen na základě otázek TO3 – TO4. Informantům byly položeny otázky týkající informovanosti ze strany zařízení o přijatých opatřeních a

také jak vnímali přijatá opatření související se zabráněním šíření nové nemoci COVID-19.

Od informantů bylo zjišťováno, zda byli informováni, a to pro ně srozumitelným způsobem, o přijatých opatřeních, která měla vést k zabránění šíření nové nemoci. Informanti I 1, I 2, I 3, I 4, I 5, I 8 uvedli, že byli informováni, a to srozumitelným způsobem. Informant I 4 uvedl „*Ano, ano, to nám řekli. Potom byly začaly zmatky takový, že sami nevěděli, co jak bude, vždyť to znáte, že každou chvílkou se to měnilo, takže. Když se něco změnilo, tak Vám to přišli říct? „Ano, ano, když se no, anebo jsme se třeba zeptali, co nám nebylo jasné, takže informace jsme měli.“* To potvrdil i informant I 5 „*Tak to určitě, to určitě. Ale já v mém věku už všechno nechápu, tak jak bych měla si myslím. A tak se Vám to snažili dovysvětlit, to, čemu jsme nerozuměla? „Jistě, jistě.“* Informant I 10 uvedl, že byl informován „*Velice brzy a včas.*“ Informant I 7 popsal nejen informovanost, ale jak toto období vnímal „*Byli jsme informováni včas o všem a bylo pro nás pro všechny neznámý, že jo... ..A ten život při té první etapě co byla ta nemoc, to bylo vůbec, že jo, pro nás pro všechny zoufalý. Nevěděli jsme kdy, jo, co to bude mít za následky,“* Informant I 9 uvedl, že z počátku informovaný o nové nemoci nebyl, až později. I 9 uvedl „*No to tu informaci jsme neměli, jenom ráno přilítla sestřička a řekla z pokoje ven ne a dost. Zavřely se dveře. A informace žádná nebyla. No tak když nám přišli štourat do toho nosu, no tak řekli, že je nějaká nemoc...“* Informant I 6 uvedl že mu bylo řečeno „*no že hlavně nemáme chodit ani na chodbu.*“

Dva informanti sdělili, že byli informováni nejdříve jen o tom, že nemají opouštět pokoj, o důvodech a o nemoci až později. Ostatní informanti se shodli na tom, že byli dostatečně a včas informováni, srozumitelným způsobem, v případě nejasností se doptali.

Informantům byla položena otázka, zda dle jejich názoru aplikovaná opatření byla na místě a adekvátní. Informant I 10 sdělil „*..... A můžeme být rádi, že paní ředitelku máme, to jsem jí řekl soukromě, takovou, že to všechno zavřela okamžitě, takže to nepřišlo k něčemu velikému.*“ Informanti I 3, I 4, I 5, I 7 vnímají přijatá a aplikovaná opatření jako dostatečná a efektivní. Informant I 9 uvedl „*Mělo to svůj efekt.*“ Bylo

dobře, že nějaká opatření byla? „*Ano, ano.*“ Informant I 8 sdělil „*Z mého pohledu ano, tak já jsem se jako nikde nenakazila.*“ Kdy se nezakázaly návštěvy, myslíte si, že by ta situace byla horší? „*No to by bylo určitě horší, protože by to někdo dones.*“ Informant I 1 uvedl „*Já si myslím, že byly teda. Někdy jsme si myslely, že až přísný, protože sem nikdo nesměl, my jsme nesměli nikam,, ale bylo to správný.*“ Informant I 2 je názoru, že „*Někdy jo,já si myslím, že klidně mohly ty návštěvy sem chodit.*“ Informant I 6 sdělil „*Já myslím, že dostatečný až úplně navrch, protože bych řekla, že tady to bylo až dost přísný. No, těžko říct. Třeba by se to šířilo víc. Nakonec tady dost lidí stonalo, dost lidí i umřelo.*“

Z výše uvedených odpovědí vyplývá, že více informantů si myslí, že opatření byla efektivní a dostatečná. Dle názoru jednoho z informantů nemusely být omezeny návštěvy. Dva informanti vnímali opatření někdy až příliš přísná, ale na druhé straně si nebyli jistí, co by přineslo mírnější opatření. Jeden z uživatelů vnímal uzavření domova pro seniory jako správné řešení.

DVC 1.3 Ověřit, zda byl v době trvání coronavirových opatření ovlivněn kontakt rezidentů se svým přirozeným prostředím a jaký to mělo vliv na rezidenty.

Dílčí cíl byl vyhodnocen na základě položených otázek TO5 – TO16. Od informantů bylo zjišťováno, zda jsou v kontaktu s rodinou či známými, jak často a jakým způsobem. Informant I 1 uvedl „*mám dvě děti, holku a kluka. Holka je tadya ta sem chodí ve středu a ještě buď v sobotu nebo neděli, takhle jako hodně a ještě mezi tím možná někdy i každý den si voláme.*“ Informant I 2 jezdí pravidelně k rodině domů, jak sdělil „*Jednou za čtrnáct nebo za týden mě vezmou každou neděli, a v sobotu jedu k jedním a podruhý zase k druhým.*“ Na dotaz, zda jsou v kontaktu i jiným způsobem uvedl „*Jo, telefonuju si každý den.*“ Obdobně odpovídali i ostatní informanti, kteří uvedli, že je rodina či známí navštěvují dle možností, dále jsou v kontaktu prostřednictvím mobilních telefonů. Informant I 6 uvedl „*No já někoho tak úplně blízkého právě nemám, mám akorát od bratrance,tak jeho dcera.*“ Dále sdělil, že je v kontaktu také prostřednictvím telefonu se svými známými.

Dále bylo zjišťováno, zda se informanti osobně stýkali s blízkými v době platnosti coronavirových opatření, pokud ne, zda jim kontakt chyběl nebo byla nalezena

alternativa, která pro ně byla dostačující. Informant 7 uvedl „*v době zákazu to jsme nemohli nikdo.*“ Dále sdělil, že byl v kontaktu přes telefon a „*já to tady mám dobrý tím, že mám balkon nízko terénu, takže mohli pod balkon a chvíli jsme si povídali.*“ Informant I 9 sdělil, že v osobním kontaktu s rodinou „*nějakou dobu ne*“ především se jednalo o dobu, kdy byl přímo v domově výskyt onemocnění COVID-19, poté za jistých pravidel ano. Na dotaz, zda to bylo nějak omezené uvedl „*museli mít oni a my taky, že, aby jsme jeden druhého, no, bylo to omezené.....jezdili jsme dolů do přízemí.*“ Informant I 3 potvrdil, že nejdříve byly návštěvy úplně zakázané a potom „*no ono to bylo třeba na jednu hodinu nebo na půl hodiny dokonce jednu dobu, tak to vždycky dcera využila.*“ Dále uvedl, že v době úplného zákazu návštěv byli s dcerou v kontaktu přes telefon a prostřednictvím pošty zasílala dcera balíčky. Informant I 4 uvedl stejně jako ostatní informanti, že v době úplného zákazu návštěv v osobním kontaktu s rodinou nebyl, ale byli v kontaktu prostřednictvím telefonu. Na dotaz, zda mu osobní kontakt chyběl sdělil „*když každý den volali, tak já jsem taková plačka, tak si všechno беру, dost jako.*“ Potvrdil, že mu chyběl osobní kontakt, vzájemné doteky s rodinou. Informant I 10 sdělil, že ho rodina navštěvuje poměrně často a také pokud něco potřebuje, tak je s ní v kontaktu hlavně telefonicky. Opět potvrdil úplný zákaz návštěv a na dotaz, zda mu chyběl osobní kontakt uvedl „*Já si myslím, že je to u každého stejný, když je to dlouhá doba, opravdu je to dlouhý a člověk neví, jak to bude vůbec. Jestli už to přestane, nepřestane a tak dále. Chyběl.*“ Dále sdělil, že návštěvy „*pokavaď to bylo uvolněný, že by mohli, určitě museli by zavolat, že přijedou, to bylo tímto způsobem.*“ Informant I 2 uvedl „*muselo to stačit. Bylo to lepší, než kdyby nebyl žádný.*“ Informant I 7 sdělil „*mě to nevadilo, docela jsem to snesla, stýskalo se samozřejmě a gó, že jo těm lidem, kteří neměli možnost se takhle stýkat, tak to jako těžko nesli, to jo.*“ Informant I 5 uvedl, že návštěvy v době zmírněných opatření byly možné za určitých podmínek, rodina je využívala. V době úplného zákazu „*jsme si povídali přes zábradlí.*“

Na dotaz, zda informantům někdo pomáhal s navázáním kontaktu s rodinou či známými uvedli, že ne, ale nepotřebovali to, neboť ovládají telefony samostatně, jiná forma pomoci jim nabídnuta nebyla. Jeden informant uvedl, že využil pouze pomoc s dobitím telefonu. Informant I 10 uvedl „*telefon si obstarám sám.*“ Informant I 3

sdělil, že mu nebyla nabízena podpora, nebylo potřeba. Dále uvedl *„já když potřebuju ke kamarádce napsat dopis, tak ho napíšu sama a sestřičky ho pošlou.“*

Na otázku, zda mohli informanti v době platných protikoronavirových opatření jezdit domů. Informant I 1 uvedl, že jezdil domů k rodině, hlavně k dceři. Ale ze zdravotních důvodů už to není možné, nemá to žádnou spojitost s novým onemocněním COVID-19. Informant I 9 uvedl, že nemůže jezdit k synovi, z důvodu nevyhovujících bytových podmínek. Informant I 7 sdělil, že domů nemohl jezdit v době úplného zákazu návštěv a později pak, když došlo k částečnému uvolnění, tak ano, ale za určitých podmínek např. *„potom byla karanténa třeba, že jo, že jsme byli pár dní třeba sami, nesměli jsme na jídelnu.“* Na dotaz, zda využil informant tuto možnost i za stanovených podmínek, uvedl, že ano. Informant I 5 uvedl, že domů nejedí, neboť je to pro něj náročné. Informant I 2 uvedl *„no víte, že teď poslední dobou jsem jezdila domů, i když byl zákaz.“*

Dále bylo zjišťováno, zda se mohli informanti v době platných opatření pohybovat volně po zařízení a být v osobním kontaktu s ostatními rezidenty. Informant I 5 uvedl *„no mohla, ale já to nevyužívám tolik.“* Informant I 3 uvedl, že se v době výskytu COVIDu -19 *„to nesmělo ani z pokojů.“* Informant I 7 uvedl, že *„při tom přísném zákazu to vůbec, to jsme byli zavřeni tady na pokoji, to jsme ani na jídelnu nesměli.....A pak už se to rozvolňovalo, tak už jsme mohli na jídelnu, to už jsme se těšili až se uvidíme všichni a pak už to bylo veselejší...“* Informant I 4 *„když byl zákaz úplněj, když jsem byla já nemocná, takže mě jako upozornili na to, že jsem nebudou smět nikdo a já abych nechodila taky, abych něco neroznesla.“* Dále sdělil, že potom co se již v zařízení nevyskytoval COVID-19 mohli se setkávat uvedl *„jsme chodili taková parta, jsme chodili tam, pět nás tak chodilo, tam dozadu na lavičku.“* Informant I 1 uvedl, že v době výskytu onemocnění trávili veškerý čas na pokoji, kde se i stravovali. Po uvolnění opatření už mohli opět na jídelnu, setkávat se. To potvrdili i ostatní informanti.

Informanti byli dotazováni, zda měli obavy o své zdraví nebo zdraví svých blízkých. Informant I 8 sdělil, *„no ani ne, protože jsme taková odolná rodina víte, my jsme takový dost otužili na všechno.“* Informant I 7 sdělil *„to víte že jo, člověk měl starost, to tedy jo, denně jsem se ptala děti, jste zdraví, v pořádku, jsem si vždycky oddýchlá.“*

Dále uvedl, že pro něj byl důležitý telefonický kontakt, že je slyšel a věděl, jak se mají. Informant I 6 uvedl, že ne, „*o svoje vůbec ne, protože mě už na světě vůbec nic nedrží, kdybych umřela, tak si oddechnu.*“ Informant I 1 sdělil, že se obával o zdraví svých blízkých. Informant I 2 uvedl, že měl obavy, ale uklidnily ho telefonické hovory s rodinou. Informant I 5 uvedl, že se nebál, nepřipouštěl si tu starost. Informant I 3 uvedl „*měla, a právě na to můj zeť odešel, nedal se očkovat, neposlechl dceru...*“ Informant I 10 sdělil „*ani ne tak o to svoje, jako těch blízkých.*“

Z výše uvedeného vyplývá, že informanti byli v době zákazu návštěv v kontaktu s rodinou a svými blízkými především prostřednictvím telefonu, případně komunikovali z balkonu či terasy. Oslovení informanti ovládají samostatně mobilní telefony. Jiná forma kontaktu jim nabídnuta nebyla. Osobní kontakt s rodinou a blízkými jim chyběl, ale byli vděční za možnost kontaktu prostřednictvím telefonu. V době výskytu onemocnění v zařízení trávili informanti veškerý čas na pokoji, nesměli ho opouštět, jezdit domů, setkávat se s ostatními rezidenty. Po částečném uvolnění se opět mohli v rámci zařízení pohybovat a setkávat. Také je mohla navštěvovat rodina a blízcí za určitých pravidel. To platilo i pro odjezdy informantů domů k rodinám. Informanti se nejvíce obávali o životy a zdraví svých blízkých, ale uklidňovali je právě rozhovory s rodinami alespoň po telefonu.

DVC 2: Ověřit, jak ovlivnila coronavirová krize kvalitu života uživatelů domova pro seniory v oblasti využívání veřejně dostupných služeb.

Informantům byla položena otázka, zda využívají veřejně dostupné služby jako je například kadeřnické či pedikérské. Pokud ano, zda za nimi docházejí do města nebo využívají tyto služby přímo v zařízení. Informanti I 1, I 3, I 7, I 8, I 9 a I 10 uvedli, že využívají především veřejně dostupných služeb kadeřnictví a pedikéry, a to v zařízení. V době zákazu návštěv tyto služby nebylo možné využívat. Informanti I 2, I 4, I 5 uvedli, že jim tyto služby zajišťují rodinní příslušníci. Informant I 4 občas využije služby v zařízení. Informant I 2 uvedl, že ho stříhá dcera a zajistí mu co potřebuje, tyto služby tedy nevyužívá. Informant I 6 sdělil, že za ním jezdí jeho letitá pedikérka.

Následovala otázka, jak byly tyto služby zajištěny v době coronavirových opatření, zda byly dostupné. Informanti I 1, I 3, I 7, I 8, I 9 a I 10 uvedli, že v době zákazu

návštěv ne, později pak ano. Informant 7 uvedl „*když to rozvolnili, tak jsme tam stejně museli být stejně v rouškách...*“ Následoval dotaz, zda nedostupnost těchto služeb ovlivnila jejich kvalitu života. Informant I 7 uvedl, že se trochu přistříhl sám. I 10 uvedl, že se nedostupnost pedikéry dala vydržet, protože o nehty pečoval, ale ostatní už byli zoufalí. I 9 uvedl „*mě ty vlasy tak rychle nerostou už, takže to nebylo tak zlé.*“ Informantovi I 8 tyto služby nijak výrazně nechyběly a nedostupnost neměla vliv na jeho kvalitu života. Informantům I 5 a I 6 služby nechyběli, vydrželi to. Informant I 4 sdělil, že nepostrádal možnost ostříhání vlasů či úpravu nohou. Informant I 3 uvedl, že případně péči o nohy zajistila dcera, ale že nedostupnost těchto služeb nebyla pro něj zásadní.

Informanti na otázku, zda jim bylo nabídnuto nějaké řešení situace, alternativa uvedli, že ne. Informant I 7 alternativu našel, ostříhal se sám. Informant I 6 uvedl, že ho vždy přistříhne někdo z personálu. Nedostupnost veřejných služeb nebyla pro informanty oblastí, která by výrazně ovlivnila jejich kvalitu života.

DVC 3: Ověřit, jak ovlivnila coronavirová krize kvalitu života uživatelů domova pro seniory v oblasti využívání volnočasových aktivit.

Nejdříve bylo od informantů zjišťováno, zda zařízení nabízí nějaké volnočasové aktivity, pokud ano, zda je informanti využívají. Následoval dotaz, zda byly tyto aktivity poskytovány i v době opatření. Pokud ne, zda uživatelům chyběly. Poslední otázka směřovala na trávení volného času informantů v době opatření.

Informant I 3 uvedl, že zařízení nabízí činnosti, jak trávit volný čas a dodal „*na mě nesměj zapomenout.*“ Kromě čtení využívá všechny nabízené aktivity. V době COVIDu-19 byly dle jeho slov aktivity zakázány. V té době si pouze četl na pokoji. Poté se postupně uvolňovala opatření a opět začaly aktivity.

Informant I 1 uvedl, že každý den něco mají, „*dneska tady máme zrovna harmoniku,...*“ Aktivity v době opatření nebyly. Informant I 1 uvedl „*to nejde, nebo aspoň nám bylo řečeno, my jsme to ani nepožadovali.*“ Na dotaz, zda ním někdo chodil na pokoj a nabízel individuální aktivitu, sdělil, že ne, chápe to, mají toho moc. Dále sdělil, že se na pokoji zabavil sám, má televizi, telefonoval, četl. Aktivity mu chyběly, těšil se, až zase budou.

Informant I 2 uvedl, že aktivity jsou jim v zařízení nabízeny, využívá všechny. V době opatření aktivity neprobíhaly, až s postupným uvolňováním se obnovily. Volný čas trávil na pokoji, kde ho sestřičky navštěvovaly a přinesly co bylo třeba, jinak žádné aktivity nebyly. Sledoval televizi. Cítil se sám, bylo to špatné.

Informant I 7 sdělil, že mají aktivity, které využívá, nejvíce ho baví ruční práce, ale navštěvuje i další jako například nácvik paměti. V zařízení má přátele, se kterými se navštěvuje. Dále uvedl, že v době opatření nejdříve aktivity nebyly, potom postupně v omezené míře ano. Volný čas trávil takto „*hodně jsem četla, to je fakt, háčkovala, pletla a televize*. Na dotaz, zda v době zrušení aktivit byla navštěvována a probíhaly například rozhovory, uvedl „*sestřičky jo, to ony přišly, jestli něco nepotřebuju*.“ Také sdělil, že „*nejhorší bylo to, že jo, když to bylo v té době, když jsme se dozvěděli, že někdo někde odjel do špitálu a už se nevrátil, tak to bylo docela krutý*.“

Informant I 5 uvedl, že mají možnost využívat různé činnosti a také akce například hudební vystoupení. Informant má opravdu rád hudbu. Aktivity byly omezeny, což informantovi chybělo, jak uvedl „*to víte, že jo*.“ Na dotaz, zda se mu v té době někdo individuálně věnovat uvedl „*také se stalo. Přišla za mnou ...*“ Volný čas trávil informant poslechem rádia, jinak má rád také svůj klid.

Informant I 6 uvedl „*cvičíme, zpíváme, ...*“ Dále uvedl, že aktivity v době opatření nebyly. „*Vždycky některá sestřička přišla a chvilku jsme si povídaly, ...*“ Nedostupnost aktivit vnímal spíše tak, že mu čas neutíkal, když nebyly.

I ostatní informanti uvedli, že zařízení nabízejí různé aktivity. V době opatření došlo k přerušení poskytování těchto aktivit, a tak čas informanti trávili na pokojích, ve společnosti knih, televizí, rádií.

Z výše uvedeného vyplývá, že informanti využívají nabízené volnočasové aktivity, rádi se setkávají s ostatními rezidenty. Osamocení v době opatření a pozastavení aktivit pro ně bylo těžké. V některých případech se personál snažil zmírnit osamělost a nedostupnost aktivit alespoň hovory s informanty. Volný čas také využívali k telefonátům s rodinou a svými blízkými. Aktivity jim chyběly, neutíkal jim čas. To ovlivnilo jejich životy.

DVC 4: Ověřit, jak vnímají pracovníci domova pro seniory dopad coronavirové krize na kvalitu života uživatelů domova pro seniory.

DVC 4.1 Zanalyzovat, jak pracovníci vnímali dopad aplikovaných opatření v souvislosti se zabráněním šíření onemocnění covid – 19 v domově pro seniory na uživatele.

Informanti byli dotazováni, zda dle jejich názoru byla aplikovaná pravidla k zamezení šíření nové nemoci COVID-19 dostatečná a efektivní. Všichni informanti zastávají názor, že ano. I 11 uvedl *„Byla dostatečná a efektivní, přizpůsobili jsme se aktuální situaci.“* I 12 sdělil *„Domnívám se, že opatření byla v našem zařízení dostatečná. Dlouhou dobu jsme infekci odolávali. Klientům a zaměstnancům byla měřena 2x denně teplota, dodržovala se hygienická opatření, dezinfekce, nošení roušek.“* Informant I 14 dodal, že odolat nákaze nebylo možné, ale díky opatřením nebyl dopad tak razantní a opatření oddálila příchod nákazy do zařízení. Informant I 17 uvedl, že toto onemocnění bylo velmi nakažlivé, pro rezidenty nebezpečné.

Na otázku, zda přijatá pravidla v souvislosti se zabráněním šíření nákazy COVI-19 ovlivnila život rezidentů domova pro seniory, opět informanti našli shodu. Ovlivnění bylo zásadní. Informant I 15 uvedl *„Každopádně, izolování od návštěv, a ještě to oblečení vyděsí. Nepoznávali nás, a i pak když byly respirátory, tak nám špatně rozuměli.“* Informant I 16 sdělil *„Ano, určitě, někdy měli i depresi, byli osamělí.“* Nejednalo se však jen o kontakt s rodinou a známými. Informant I 12 uvedl *„Opatření jim bránila dělat běžné aktivity, možnost volného pohybu, setkávání se spolubydlicemi, s rodinami. Izolace vedla k osamocení, obavám a pocitu, že jsou nepotřební. Někteří senioři neorientovaní nechápali, co se vlastně děje, proč je personál oblečen do ochranných oděvů.“*

Na dotaz, v jakých oblastech byli rezidenti nejvíce dotčeny opatřeními, informanti jednohlasně sdělili, že především v kontaktu s blízkými, fyzický dotek s nimi. Informant I 17 uvedl *„Uživatelé byli plačtiví, ustýskaní, chyběl jim hlavně osobní kontakt s rodinou. V době omezení vycházení z pokojů, jim neutikal čas. Ubývali schopnosti pohybovat se, to vše byla hlavně v době výskytu nemoci v zařízení.“*

Dále uvedli, že jim chyběl kontakt s ostatními rezidenti a volnočasové aktivity jako například posezení u kávy, hraní her. I 13 sdělil *„Jednalo se především o oblast návštěvy a kontaktu s dalšími lidmi, dále byly omezeny služby kadeřnice a pedikérky, nekonaly se volnočasové a společenské aktivity, RHB byla omezená. Volnočasové aktivity se neprováděly skupinově, ale individuálně.“*

Na otázku, zda byla rezidentům nabídnuta vhodná řešení ke zmírnění dopadu proti coronavirových opatření informanti uvedli, že nabízeli zprostředkování kontaktu s rodinou přes mobilní telefony, videohovory přes tablet. Informant I 16 uvedl *„bylo nás málo, moc jsme toho dělat nemohli, pustili jsme rádio, televizi, pomohli s telefonem.“* Informant I 11 uvedl *„Bylo dobré nabídnutí kontaktu s rodinou, známými přes WhatsApp pomocí videohovorů. Sociální pracovníce navštěvovaly více uživatele po pokojích a pomáhali pečujícímu personálu se zmírněním dopadu izolace.“* Dále někteří uvedli, že chodily pohledy „úsměvy do schránky“, které jim četli, rodiny nosili balíčky a vzkazy, proběhly koncerty pod okny, pouštěly se rádia, televize, individuální rozhovory a aktivity na pokojích, vycházky, ale vše záviselo na aktuálních platných opatřeních. Informant I 17 sdělil *„Více jsme s uživateli vedli individuální rozhovory, pomáhali jsme s telefony, videohovory, předáváním balíčků od rodin, četli jsme vzkazy dopisy, pohledy – úsměvy do schránky. Když byla situace lepší uspořádali jsme pochod Praha – Prčice, který měl udržet uživatele ve fyzické kondici, koncert pod okny, pomoc s přesuny na balkony. Vše dle aktuální situace.“*

Informanti se shodli, že rezidenti nabídnutá řešení většinou využili. Informant 12 uvedl *„Ano, velká většina uživatelů ráda využila tyto aktivity. Každá maličkost vedla k jejich zlepšení nálady.“* To potvrzuje i informant I 16, který uvedl *„Ano, byli rádi, že se jim někdo věnuje.“* Informant I 11 sdělil *„Ano, podle svých potřeb.“*

Podstatně komplikovanější to bylo dle informanta I 14 u rezidentů, kteří nejsou zcela orientovaní a vzhledem k jejich stavu nejsou schopni využívat ani za podpory mobilní telefony nebo jiná zařízení. Ti byli spíše zmatení, nechápali, co se děje. Toto potvrdil i Informant I 12, jak již bylo uvedeno výše.

K otázce, zda nabídnutá řešení byla dostačující se informanti I 16, I 12 a I 17 vyjádřili, že ano. Informant I 14 uvedl *„asi nebyla, ale nic jiného nás nenapadlo.“* Informant I

11 sdělil „*myslím si, že v situaci, která u nás byla, nešlo udělat více. Měli jsme i personální podstav. V rámci možností jsme dělali vše, co bylo možné.*“ Informant I 13 se k této otázce vyjádřil následovně „*Toto je velmi individuální. Někdo byl zvyklý vidat se s blízkými denně nebo několikrát do týdne, pro něho to nebylo dostačující. Pro někoho, kdo neměl intenzivní kontakt s blízkými se toho moc nezměnilo.*“

Tři informanti na tuto otázku odpovědělo, že ano. Jeden uvedl, že zřejmě ne, ale s ohledem na aktuální situaci nebylo nic jiného možné. Další z informantů vidí v takovýchto situacích potřebu více zaměstnanců, ale zároveň dodává, že to v podstatě k celorepublikové situaci nebylo vlastně možné. A další z informantů poukazuje na to, že pro někoho byla dostačující, pro někoho, kdo je zvyklý například být v intenzivním kontaktu s rodinou mohla být nedostačující.

Informanti z řad pracovníků v přímé péči se shodují na tom, že protikoronavirová opatření ovlivnila zásadně život rezidentů domovů pro seniory, a to především v oblasti kontaktu s rodinou a blízkými. Byly použity nástroje pro zmírnění tohoto dopadu v podobě možných videohovorů, telefonátů, čtení vzkazů, atd. Nejvíce byli postiženi rezidenti, kteří nejsou zcela orientovaní, neboť se ztráceli v situaci, nechápali co se děje, proč pracovníci používají ochranné obleky. Nesmíme zapomenout ani na to, že byla výrazně narušena vzájemná komunikace díky používání roušek a později respirátorů. Rezidenti domovů pro seniory nejen, že pracovníky nepoznávali, ale nerozuměli jim.

8.8 Závěrečné zhodnocení

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jak coronavirová krize ovlivnila kvalitu života rezidentů v domovech pro seniory. K dosažení hlavního cíle byly stanoveny celkem čtyři dílčí cíle. První tři dílčí cíle se zaměřily na samotné rezidenty domovů pro seniory. Každý dílčí cíl se zaměřoval na jinou oblast. Prostřednictvím první oblasti bylo ověřováno ovlivnění kvality života rezidentů domova pro seniory v oblasti kontaktu se svými blízkými. Změna prostředí na sklonku života je velmi těžká a mnoho rezidentů se nikdy nesmíří s tím, že žijí v domovech pro seniory, přestože si uvědomují, že jiné řešení jejich situace neměla. Pro většinu z nich je kvalita života vyjádřena zdravím, dobrým zázemím, zajištěním potřebné pomoci, společnost, a to

jak se mají jejich děti. Častý osobní kontakt se svými blízkými je pro ně velmi zásadní. Výzkumné šetření potvrdilo, že v oblasti kontaktu s rodinou, svými blízkými, známými došlo k zásadnímu ovlivnění koronavirovou krizí. Díky aplikovaným opatřením byl kontakt omezen. Osobní setkávání, pocit blízkosti, objetí se svými blízkými dlouhou dobu nebylo možné. Často se tak kontakt omezil pouze na hovor přes mobilní telefon nebo na videohovor přes tablet. Ne všichni rezidenti byli vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopni využívat spojení s rodinou prostřednictvím moderní techniky. Nemožnost osobní blízkosti s rodinou ovlivnila život rezidentů. Stýskalo se jim, báli se o své blízké, byl narušen jejich pocit jistoty a bezpečí. To mělo vliv na jejich psychický a i fyzický stav. Tato oblast byla koronavirovou krizí ovlivněna zásadním způsobem. K tomu nepřispělo neustálé změny v opatřeních a často se měnící informace.

Druhý dílčí cíl se věnoval oblasti využívání veřejně dostupných služeb. Přestože rezidenti nějaký čas nemohli využívat běžně dostupné služby jako například kadeřnici či pedikúra, dopad coronavirových opatření zde nebyl tak zásadní. Někteří rezidenti si poradili a přistříhli si vlasy sami nebo je ostříhal personál. Tato oblast tedy nebyla zásadním způsobem ovlivněna koronavirovou krizí.

Třetí dílčí cíl se věnoval oblasti využívání volnočasových aktivit. V této oblasti rezidenti postrádali především kontakt s ostatními rezidenty domova pro seniory. Došlo k výraznému omezení sociálních kontaktů s vrstevníky. Trávení veškerého času v prostorách jedné místnosti pro ně bylo velmi těžké. Osamělost s nemožností osobního kontaktu s rodinou umocňovala i nemožnost setkávání se s ostatními vrstevníky. Proto když již bylo možné se setkávat, těšili se na společné chvíle i když s možnými omezeními, jako třeba počet rezidentů či nošení roušek.

Čtvrtý dílčí cíl se zaměřil na ověření vnímání dopadu coronavirové krize na rezidenty domovů pro seniory z pohledu pečujícího personálu. Výzkumné šetření s pečujícím personálem potvrdilo výzkumné zjištění zaměřené na rezidenty. Pečující personál vnímá jako zásadní ovlivnění kvality života rezidentů především v oblasti kontaktu se svými blízkými, známými, ostatními rezidenty. Sociální izolace měla velký dopad na psychický i fyzický stav rezidentů. Pracovníci se snažili snížit tento dopad, ale byli

limitováni možnostmi, personálně. Jako velmi zásadní viděli zhoršení vzájemné komunikace s rezidenty způsobené používanými ochrannými prostředky, kdy je rezidenti nepoznávali, nerozuměli jim. Komunikace tak byla velmi náročná.

Zjištění vedou k závěru, že kvalita života rezidentů domova pro seniory byla zásadně ovlivněna v především v kontaktu se svými blízkými, rodinami, kamarády, vrstevníky, ostatními rezidenty. Došlo k narušení jistoty a bezpečí. Výrazně byla ovlivněna i vzájemná komunikace mezi rezidenty a pracovníky přímé péče.

ZÁVĚR

Tato práce se zaměřila na zjištění dopadů nového neznámého onemocnění covid -19 na kvalitu života rezidentů domovů pro seniory. Především právě senioři patří v běžném životě mezi osoby, které jsou křehké, snadno zranitelné, a tak může dojít k porušení jejich práv. Nové onemocnění covid – 19 zasáhlo celý svět. Bylo to jako lavina. Nejdříve jsme sledovali apokalypsu v nedaleké zemi, kterou naši občané v zimních obdobích velmi rádi navštěvují. Asi všichni jsme doufali nebo se snažili spíše sami sebe přesvědčit, že do naší země se snad tato nemoc nedostane, že nás se to týkat osobně nebude. Realita však byla jiná.

Jako by nestačil strach z neznámé nemoci, vše bylo ještě umocňováno médii, která na nás chrlila jen samá smutná děsivá data a informace. Postupně i v naší zemi byla přijata různá opatření k zamezení šíření této nemoci. Většina z nás z počátku chápala přijatá opatření a jejich nutnost. A asi nás nikoho nenapadlo, že to období bude tak dlouhé.

Můžeme říci, že většina z nás je schopna nějakou dobu fungovat a žít v určitém diskomfortu. Zde se však sešlo mnoho omezení současně. Pro mě osobně to byla velmi těžká doba. Přijatá omezení ovlivnila i můj soukromý život, kdy jsem se nemohla setkávat osobně se svým v té době těžce nemocným otcem, abych ho neohrozila, protože jsem pracovala v prostředí, kde se covid – 19 vyskytoval, byla jsem v podstatě izolovaná od celé rodiny, neboť bydlím sama. Ale i v tak těžké době jsem mohla využít ke kontaktu se svými blízkými jiné možné dostupné techniky jako telefon, notebook, atd.

O to více jsem si uvědomovala, jak těžké to je pro seniory, kteří jsou závislí na pomoci druhé osoby, jsou hendikepováni sluchovým či zrakovým postižením nebo jeho výrazným zhoršením z důvodu věku. Vzhledem k věku a svým schopnostem nemohou nebo neumějí používat moderní techniku. A hlavně ta jim nenahradí osobní kontakt.

Na sklonku života je velmi důležitý osobní kontakt, objetí, pohlázení, vlídné slovo. Jak už bylo řečeno, důležité je zajištění pocitu jistoty, bezpečí, sucha, tepla, zajištění

stravy a tekutin a nesmíme opomenout právě to, že nejsem sám a potřebuji využít každý čas, který tu ještě mám na to.

Z rozhovorů s rezidenty domovů pro seniory vyplynulo, že zásadní pro ně bylo omezení kontaktu se svojí rodinou a blízkými. Osobní kontakt je pro ně velmi důležitý, jsou si tak jisti, že jsou jejich blízcí v pořádku. Většina rezidentů byla v kontaktu s rodinou a svými blízkými prostřednictvím moderní techniky, ale i přesto považovali nemožnost stýkat se osobně za velmi zásadní i když v jistém pohledu nutné. Nejméně vnímali dopad covidu – 19 v oblasti využívání běžně dostupných služeb.

Častým důvodem pro podání žádosti do domova pro seniory je žadateli uváděná nejen potřeba pomoci, ale také osamělost. Rezidenti tak často vnímali negativně omezení v možnosti setkávat se s ostatními rezidenty, společně se stravovat, účastnit se společných aktivit. Omezení, která byla přijata v době výskytu onemocnění v zařízeních velmi ovlivnila i mobilitu rezidentů. Jejich možnost pohybu se tak zmenšila pouze na pohyb po pokoji.

Výzkum byl zaměřen i na pohled pracovníků zařízení, kde oni spatřují dopady na kvalitu života rezidentů domovů pro seniory. Rozhovory s pracovníky přímé péče potvrdili informace získané od rezidentů domovů pro seniory. I pracovníci jednoznačně spatřují zásadní ovlivnění v oblasti kontaktu s rodinou a blízkými, což mělo za následek psychické a fyzické zhoršení stavu rezidentů. Zásadní zjištění zde bylo i v problému komunikace mezi pracovníky a rezidenty způsobené právě používanými ochrannými prostředky. Rezidenti pracovníky nepoznávali, nerozuměli jim.

Zjištění by mohly posloužit k zamyšlení nad tím, zda by nebylo možné vyvinout takové ochranné prostředky, které nebudou ovlivňovat v také míře komunikaci s osobami, které mají obtíže se sluchem či zrakem. A druhým hlediskem je i větší komfort pro pracovníky, kteří v ochranných prostředcích museli pracovat delší dobu a vykonávat náročnou práci. Nesmíme zapomenout ani na velmi těžkou orientaci v tom, které opatření je platné a které již ne. A následné informování dotčených osob. Velmi časně změny byly velmi náročné nejen pro pracovníky, ale i pro rezidenty.

Zjištění potvrzují teorii, co je v životě důležité, jaké mají rezidenti potřeby a priority. Jak oni hodnotí kvalitu života v jeho samotném závěru. Kvalita života rezidentů domova pro seniory byla především ovlivněna v oblasti kontaktu s blízkými, byl ovlivněn způsob komunikace, sociální kontakty jako takové, a hlavně byl narušen jejich pocit jistoty a bezpečí.

Tato diplomová práce by mohla přispět k zamyšlení a hledání cest, zamyšlení nad tím, jak se připravit, aby v případě obdobné situace byly minimalizovány dopady na rezidenty domovů pro seniory.

SEZNAM TABULEK, GRAFŮ A OBRÁZKŮ

Tabulky

Tabulka č. 1 – Věkové složení seniorské populace 65+ ve vybraných letech (stav k 31.12)

Tabulka č. 2 – Přehled změn ve stáří

Tabulka č. 3 – Transformační tabulka rezidenti domovů pro seniory

Tabulka č. 4 – Transformační tabulka pracovníci přímé péče

Tabulka č. 5 – Informanti – rezidenti domova pro seniory

Tabulka č. 6 – Informanti – pracovníci přímé péče

Grafy

Graf č. 1 – Naděje dožití ve věku 65 let podle pohlaví v letech 2001 – 2020

Obrázky

Obrázek č. 1 – Hierarchie lidských potřeb dle A. H. Maslowa

Obrázek č. 2 – Grafické znázornění rozsahu informací o poskytovaných činnostech

POUŽITÁ LITERATURA

Literatura

- BOGGATZ, T. 2020. *Quality of Life and Person – Centered Care for Older People* 1. vydání. Springer International Publishing.
- BEDNÁŘ, M. 2012. *Kvalita v sociálních službách*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci
- BICKOVÁ, L., HRDINOVÁ, D. 2011. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách - Standardy kvality a jejich provázanost s individuálním plánováním, Proces individuálního plánování*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky
- BAUM, D., GOJOVÁ, A. 2014. *Výzkumné metody v sociální práci*. Ostravská univerzita v Ostravě
- DISMAN, M. 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum.
- DVOŘÁČKOVÁ, D. 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s.
- DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. 2006a. *WHOQOL-BREF. WHOQOL-100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- GAVORA, P. 2010. *Úvod od pedagogického výzkumu*. Brno: Paido
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2012 *Sociální gerontologie, aneb senioři mezi námi*. 1. vydání. Praha: Galén
- HAŠKOVCOVÁ, H. 1990. *Fenomén stáří*. 1. vydání. Praha: Panorama
- HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vydání. Praha: Portál
- HENDL, J. 2008. *Kvalitativní výzkum základní teorie, metody a aplikace*. 2. aktualizované vydání. Praha: Portál
- HOJDA, Z. et al. 2009. *Věché stáří, nebo zralý věk moudrosti?* Praha: Academia

- HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- HROZENSKÁ, M. 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta.
- HROZENSKÁ, M. 2008. *Pomoc a kontrola vo vzťahu k nezávislosti staršieho človeka*. In: *Sociální práce mezi pomocí a kontrolou*. Sborník z konference IV. Hradecké dny sociální práce. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus
- CHLOUPKOVÁ, S. 2013. *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. 2013. Praha: Grada Publishing, a.s.
- JANEBOVÁ, R. 2008. *Komparace postmodernistické perspektivy v sociální práci a „principu uvážlivé pomoci“ van der Laana s ohledem na proces „posouzení“ životní situace klientky/klienta*. Sborník z konference V. Hradecké dny sociální práce. Hradec Králové: Gaudeamus, 79-93.
- JEDLIČKA, V. et al. 1991. *Praktická gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. 2006. *Stáří*. Praha: Falén.
- KALVACH, Z. et al. 1997 *Úvod do gerontologie: 1. díl Gerontologie obecná a aplikovaná*. 1. vydání Praha: Karolinum.
- KEISLER, I., LOBOTKA, A., KOTULKOVÁ, L. 2020. *Covid-19: přijatá opatření a náhrada újmy*. Praha: Wolters Kluwer ČR.
- KLEVETOVÁ, D., DLABOLOVÁ, I. 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. 2011. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky.
- MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vydání. Praha Grada Publishing, a.s.
- MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, Psyché (Grada).
- MÜHLPACHR, P. 2008. *Základy gerontologie*. Brno: MSD.

- MÜHLPACHR, P. 2004. *Gerontopedagogika*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita.
- MALÍK HOLASOVÁ, V. 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada Publishing.
- MERCHEL, J. 2010. *Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit: Eine Einführung*. München: Juventa.
- MATOUŠEK, O. a kol. 2013. *Encyklopedie sociální práce*. 1. vydání Praha: portál.
- MLÝNKOVÁ, J. 2011. *Péče o staré občany: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- MIŠOVIČ, Ján. 2019. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polo-strukturovaný rozhovor*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- MOJŽÍŠOVÁ, A., BŘÍZOVÁ, B. 2020. *Dobrovolnictví nejen v době pandemie Covid-19*. Sociální služby, 22(8-9), 31-32.
- MPSV. 2008. *Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. Praha: Hartpress.
- PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. 1981. *Gerontologie*. 1. vyd. Praha: Avicentrum.
- PAYNE, Jan. 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha Triton.
- PACOVSKÝ, V. 1990. *O stárnutí a stáří*. 1. vydání. Praha: Avicenum.
- PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. 1998. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. 1. vydání. Praha: Portál.
- PŘIBYL, H. 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf.
- PRYMULA, R., ŠPLIŇO, M. 2006. *SARS: syndrom akutního respiračního selhání*. Praha: Grada.
- ŘÍČAN, P. 2004. *Cesta životem: vývojová psychologie*. Praha: Portál.

STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert.

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál

TŮMOVÁ, B., ŠTUMPA, A., ed., HAVLÍČKOVÁ, M., ed. 2008. *Ptačí chřipka: trvalá hrozba pandemie*. Praha: Grada

VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. 2005. *Kvalita života teoretická a praktická východiska*. Brno: Masarykova univerzita.

VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. 2005. *Kvalita života*. Brno: MU Brno, Pedagogická fakulta.

VENGLÁŘOVÁ, M. 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing. a.s.

VÍTOVÁ, M. 2011. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách – Jsem klíčový pracovník*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky.

ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. 2001. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum.

ŽUMÁROVÁ, M. 2012. *Subjektivní pohoda a kvalita života seniorů*. Prešov: Akcent print.

Internetové zdroje

APSS ČR. *Pandemický plán vlády by měl více řešit nejohroženější skupinu obyvatel*. [online]. [cit. 2022-05-30]. Dostupné z www: https://www.apsscr.cz/images/1583481015_pandemicly-plan-vlady-by-mel-vice-resit-nejohrozenejsi-skupinu-obyvatel.pdf

BERGSMA, J., ENGEL, G. *Quality of life: Does measurement help?* [online]. [cit. 2022-05-21]. Dostupné z www: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10291118/>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. 2022. *Senioři v ČR v datech – 2021*. [online].

Praha: Český statistický úřad [cit. 16.5.2022]. Dostupné z www:

<https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-v-datech-2021>

Královéhradecký kraj. 2020. *Rozvoj dostupnosti a kvality sociálních služeb v*

Královéhradeckém kraji VI. [online]. [cit. 16.5.2022]. Dostupné z www:

<https://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/poskytovatele/projekty/rozvoj-6/konzultace/dlouhodobé-konzultace-302438/>

MPSV. 2022. *Rozcestník formulářů*. Praha: MPSV. [online]. [cit. 16.5.2022].

Dostupné z www: <https://www.mpsv.cz/formulare>

MPSV. 2020. *Soubor návrhů pro další legislativní úpravy v tématu plánování, dostupnosti a síťování sociálních služeb ve vztahu k financování sociálních služeb*.

Praha: MPSV. [online]. [cit. 16.5.2022]. Dostupné z www:

https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/KA4_Soubor+n%C3%A1vrh%C5%AF+pro+dal%C5%A1%C3%AD+legislativn%C3%AD+%C3%BApravy_v2.pdf/f414919-9227-dae2-e758-397b8c9acc77

SENIORŮ ČESKÉ REPUBLIKY, z.s. *Právní definice seniora stále chybí*. [online].

[cit. 2022-05-18]. Dostupné z www: [https://senioricr.cz/pravni-definice-seniora-](https://senioricr.cz/pravni-definice-seniora-dosud-chybi/)

[dosud-chybi/](https://senioricr.cz/pravni-definice-seniora-dosud-chybi/)

UNC. *Definice SARS-CoV-2*. [online]. [cit. 2022-05-16]. Dostupné z www:

<https://gillingscovid19.unc.edu/definitions/sars-cov-2>

UNC. *Definice COVID-19*. [online]. [cit. 2022-05-16]. Dostupné z www:

<https://gillingscovid19.unc.edu/definitions/covid-19>

WHO. 2020. *Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report – 22*. [online].

[citováno 18.5.2022]. Dostupný z [https://www.who.it/docs/default-](https://www.who.it/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200211-sitrep-22-ncov.pdf)

[source/coronaviruse/situation-reports/20200211-sitrep-22-ncov.pdf](https://www.who.it/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200211-sitrep-22-ncov.pdf)

Právní předpisy

Zákon č. 552/1991 Sb., o státní kontrole

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

PŘÍLOHY

Příloha 1 – Ukázkový rozhovor – rezident domova pro seniory

Příloha 2 – Ukázkový rozhovor – pracovník přímé péče

Příloha 1 – Ukázkový rozhovor – rezident domova pro seniory

Výzkumník: Dobrý den, děkuji, že jste si na mě udělala čas. Náš rozhovor bude zcela anonymní, vše, co si zde vzájemně povíme následně přepíši a použiji pouze pro zpracování výzkumu diplomové práce na téma Jak ovlivnila coronavirová krize kvalitu života rezidentů domova pro seniory. Mohu Vás ujistit, že nikde nebude uvedeno Vaše jméno a nikdo tak nepozná s kým byl tento rozhovor veden. Vážím si Vaší ochoty si se mnou povídat a děkuji Vám. Můžeme začít nebo máte ještě nějaké otázky?

Informant: Dobrý den, doufám, že budu vědět, jak odpovědět.

Výzkumník: nebojte se, žádná odpověď není špatná. Pokud nebudete něčemu rozumět, řekněte, zkusím otázku položit jinak. Pokud by Vám byl rozhovor nepříjemný nebo jste nechtěla na některou otázku odpovídat, řekněte. Ukončíme rozhovor nebo otázku vynecháme. Můžeme začít?

Informant: Dobře, ptejte se.

Výzkumník: Dobře tedy. Co si představujete pod kvalitou života?

Informant: Jak to myslíte?

Výzkumník: Co je pro Vás důležité, abyste byla spokojená? Jak si představujete kvalitní život?

Informant: Já si život kvalitní představuji prostě takový, jak to tady prožívám, tak jak mi byl nabídnut, když jsem sem přišla. Tak v tom duchu tady jedu. Že jsem bez starostí lékařského, mám zajištěné jídlo bez starostí. Potom si tady můžu dělat co vůbec chci. Tu kvalitu života si představuju tak, že mám ráda kytičky, ráda šiju, háčkuju, pletu, ráda čtu, to jsem si dřív nemohla dovolit. Tak jsem si přála, až já jednou budu v důchodu, že budu čist, takže si toho tady krásně užívám. No potom veškeré aktivity, který mě baví tak na ně chodím.

Výzkumník: Máte tedy podle Vás v domově pro seniory kvalitní život?

Informant: Já jsem skromný člověk, takže myslím, že ano.

Výzkumník: Ve světě se objevila nová nemoc covid – 19. netrvalo dlouho a přišel i první případ u nás. Postupně se zaváděli opatření k zamezení šíření této nemoci. Chtěla jsem se zeptat, dle Vás byli jste zařízením dostatečně informováni o režimových opatřeních v souvislosti se zabráněním zavlečení nákazy covid – 19?

Informant: Byli jsme informováni včas o všem a bylo to pro nás pro všechny neznámí pro pracovníky i pro nás. A ten život při té první etapě, co byla ta nemoc, to bylo vůbec, že jo, pro nás pro všechny zoufalý. Nevěděli jsme kdy, jo, co to bude mít za následky ta nemoc, každý strašil. Takže jsme se obávali. Pracovníci to zvládali na jedničku, já si nemohu pomoci. Dělalo se opatření opravdu dobrý, podle mého.

Výzkumník: Tak to ráda slyším, právě jsem se Vás chtěla zeptat, zda byla podle Vás přijatá opatření dostatečná a efektivní? Tedy zda splnila svoji funkci?

Informant: Bylo, určitě jo. Taky nevěděli, určitě dostávali nějaké informace ze shora. Museli podle toho jet a snažili se všemožně. Vždyť jsem to viděla. Děvčata se musela ke každému pokoji převlékat, bylo to opravdu náročný.

Výzkumník: To máte pravdu, jistě to bylo náročné jak pro Vás a ostatní uživatele, tak i pro pracovníky. Navštěvuje Vás tady rodina a známí?

Informant: Navštěvuje.

Výzkumník: Jak často za Vámi chodí?

Informant: Každý týden. Střídají se tady, někdy i dvakrát za týden, no, jak mají čas. Jednou týdně určitě. Kecáme taky po telefonu.

Výzkumník: Máte tedy více dětí?

Informant: Mám dvě dcery.

Výzkumník: Takže jste v kontaktu buď osobním nebo telefonickým?

Informant: Ano. Voláme před mobil.

Výzkumník: A mobil ovládáte sama nebo potřebuje pomoc pracovníků?

Informant: Zatím ho ovládám sama.

Výzkumník: Mohla za Vámi přijít rodina v době opatření?

Informant: V době zákazu to jsme nemohli nikdo.

Výzkumník: A když nemohl nikdo za vámi, tak jak jste byli v kontaktu?

Informant: Přes mobil. Já to tady mám dobrý tím, že mám balkon nízko terénu, takže mohli pod balkon a chvíli jsme si povídali.

Výzkumník: A tak Vám stačil takový kontakt s rodinou?

Informant: Mě to stačilo. Jiným lidem, kteří nemohli jít ven nebo neměli takovou příležitost, tak jim pomáhali s těma notebookama nebo jak se to jmenuje. Mohli tak mluvit s rodinou.

Výzkumník: Myslíte pomocí videohovorů?

Informant: Ano, že se tam i viděli.

Výzkumník: A když se uvolnila opatření a mohlo se na návštěvu za určitých pravidel, jezdili za Vámi?

Informant: Jezdili, to víte že jo.

Výzkumník: Chyběl Vám hodně osobní kontakt s rodinou v době úplného zákazu?

Informant: Tak snad ani ne, stýskalo se, samozřejmě, hlavně těm, kteří neměli možnost jako já, tak to těžce nesli.

Výzkumník: Myslíte si, že kontakt z balkonu a přes telefon byl pro Vás v té době dostačující?

Informant: Muselo, muselo. Byla jsem za to vděčná.

Výzkumník: Mohla jste domů v době platných opatření?

Informant: Nemohlo se, v době úplného zákazu ne. Potom ano za určitých pravidel, potom byla třeba karanténa, že jsme byli pár dní sami.

Výzkumník: A využila jste této možnosti jet domů?

Informant: Jo, to jsem byla doma.

Výzkumník: A co setkávání s ostatními uživateli a pobyt po zařízení? Mohli jsme se setkávat a volně se pohybovat?

Informant: Tak při tom přísném zákazu to vůbec, to jsme byli zavřený tady na pokoji, to jsme ani na jídelnu nesměli.

Výzkumník: To bylo v době covidu v zařízení?

Informant: Ano, to tady byla ta nemoc. A pak už se to rozvolňovalo, tak už jsme mohli na jídelnu, to už jsme se těšili až se uvidíme všichni a pak to bylo veselejší. Ty aktivity se pak už začaly taky rozbíhat sice v omezeném množství lidí, rozestupy, roušky na pusách, ale už to bylo lepší.

Výzkumník: Měla jste v té době hodně velké obavy o své zdraví a zdraví svých blízkých?

Informant: To víte, že jo, člověk měl starost, to tedy jo, denně jsem se ptala děti, jste zdraví, v pořádku, jsem si vždycky oddychla.

Výzkumník: Pomáhalo Vám, že jste je slyšela přes mobil nebo viděla z balkonu? To Vás uklidnilo,

Informant: Jo, to bylo fajn. Ano.

Výzkumník: Vy tady v zařízení běžně využíváte dostupné služby jako je kadeřnice a pedikéra nebo jezdíte do města?

Informant: Ne, tady v domově.

Výzkumník: V době covidových opatření mohla do zařízení kadeřnice a pedikérka?

Informant: Ne, ne, bylo to omezené. Ta kadeřnice tady vůbec ani nebyla v té době. A pak když to rozvolnili, tak jsme tam stejně museli být stejně v rouškách a bylo pár nás tam pár. Pedikúru jsem já nepoužívala.

Výzkumník: A chybělo Vám to hodně, že jste nemohla k paní kadeřnici?

Informant: No bylo to takový, že jsem to trochu ufíkla sama. No ale pak už jsem se těšila, že člověk opravdu už strašil.

Výzkumník: Ovlivnilo to, že sem nemohla kadeřnice hodně Vaši kvalitu života? Zasáhlo to hodně do Vašeho života?

Informant: Ne, ne.

Výzkumník: Nabízejí Vám tady v domově nějaké volnočasové aktivity? Jak můžete trávit volný čas?

Informant: Ruční práce, pak chodíme na to cvičení paměti, vzpomínání, na to já teda nechodím, zpívání, já s tím hlasem, co mám chrapot od koronaviru, tak také ne, nemůžu se ho zbavit.

Výzkumník: A tak některé z těch aktivit navštěvujete pravidelně?

Informant: Paměť a ruční práce.

Výzkumník: A navštěvujete se zde v domově s ostatními uživateli, máte zde nějaké známé?

Informant: Jo, jo, mám tady sestru, mám tady maminku mého zetě, jo takže jí tam chodím navštěvovat.

Výzkumník: Zmínila jsme, že v době opatření chvíli aktivity nebyly nebo pak byly v omezené míře, chyběly Vám?

Informant: Ano.

Výzkumník: A jak jste tedy trávila volný čas?

Informant: Jak jsem ho trávila? No tak, hodně jsem četla, to je fakt, háčkovala, plela a televize.

Výzkumník: A zastavili se třeba za Vámi i pracovníci, třeba si popovídat, když jste nemohli vůbec z pokoje?

Informant: Sestřičky jo, to ony přišly, jestli něco nepotřebuju.

Výzkumník: Takže se Vám snažili zpříjemnit volný čas?

Informant: Ale jo, snažili se. Nejhorší bylo to, že jo, když to bylo v té době, když jsme se dozvěděli, že někdo někde odjel do špitálu a už se nevrátil, tak to bylo docela krutý.

Výzkumník: To pro Vás bylo hodně těžké, že?

Informant: Obzvlášť, když měl člověk někoho oblíbeného, s kým se ráda pobavila, tak to bylo opravdu smutný. Pak si člověk uvědomil cenu života.

Výzkumník: Když se teď s odstupem podíváte na tu dobu, jaká byla opatření, myslíte si, že šlo ještě něco udělat jinak?

Informant: Bylo to neznámé pro všechny, a tak to bylo dostačující, nepociťuji, že by se něco zanedbalo. Omezení, které bylo, bylo nutné, na místě. Určitě jo.

Výzkumník: Moc Vám děkuji, za čas, který jste mi věnovala. Víím, že to pro Vás nebylo jednoduché. Velmi si toho vážím. Přeji Vám jen pohodové, klidné dny, a hlavně hodně zdraví.

Informant: Děkuji i vy se mějte dobře.

Příloha 2 – Ukázkový rozhovor – pracovník přímé péče

Výzkumník: Dobrý den, děkuji, že jste si na mě udělala čas. Chci Vás ujistit, že náš rozhovor bude zcela anonymní, vše, co zde bude řečeno bude přepsáno a použito pouze pro zpracování výzkumu diplomové práce na téma Jak ovlivnila coronavirová krize kvalitu života rezidentů domova pro seniory. V diplomové práci nebude uvedeno Vaše jméno a nikdo nepozná, že se jednalo o rozhovor s Vámi. Ještě jednou děkuji, že jste si udělala čas můžeme začít nebo máte ještě nějaké otázky?

Informant: Dobrý den, není zač. Nenapadá mě nic, na co bych se chtěla zeptat, můžeme začít.

Výzkumník: Dobře tedy. Byla dle Vás přijatá pravidla v souvislosti se zabráněním šíření nákazy Covid 19, dostatečná a efektivní?

Informant: Domnívám se, že opatření byla v našem zařízení dostatečná. Dlouhou dobu jsme infekci odolávali. Klientům a zaměstnancům byla měřena dvakrát denně teplota, dodržovala se hygienická opatření, dezinfekce, nošení roušek. Došlo ke zrušení veřejných a společenských aktivit, společného stravování. Uživatelé zůstávali ve svých pokojích, kde jim byla poskytována péče, donáška stravy. Nejprve byly omezeny návštěvy. Do pokojů s karanténou chodil tým pracovníků v ochranných oděvech. Proběhlo školení, jak se správně oblékat a svlékat. Probíhalo také pravidelné testování pracovníků i uživatelů. Jak bylo možné očkování, tak se i očkovalo.

Výzkumník: Ovlivnila přijatá pravidla v souvislosti se zabráněním šíření nákazy Covid 19 podle Vás život uživatelů domova pro seniory?

Informant: Ano, ovlivnila. Opatření jim bránila dělat běžné aktivity, možnost volného pohybu, setkávání se s ostatními uživateli a rodinami. Izolace vedla k osamocení, obavám a pocitu, že jsou nepotřební. Někteří senioři především neorientovaní nechápali, co se vlastně děje, proč je personál oblečen do ochranných oděvů. Proč je ošetřují neznámí pracovníci. Pomáhali nám pracovníci z jiné služby. Tato doba přinesla také strach a nejistotu.

Výzkumník: Už jsme mi hodně řekla, ale povězte mi podle Vás, v jakých oblastech a jak byl ovlivněn život uživatelů?

Informant: Pravidla v době coronavirové měla dopad na uživatele v oblastech setkávání se s rodinami, omezení sociálních kontaktů, v oblasti přímé péče, individuální péče byla omezená.

Nebyla kadeřnice, pedikúra. Také v oblasti stravování, rehabilitace, aktivizační činnosti, kultury. Dopad na vzájemnou komunikaci, uživatelé nám nerozuměli.

Výzkumník: Nabízeli jsme uživatelům něco ke zmírnění dopadu coronavirových opatření?

Informant: Ke zmírnění dopadu osamělosti uživatelé využívali možnost videohovorů, podpory při telefonování. Děti poslaly seniorům obrázky, proběhlo i hudební vystoupení pod okny domova pro seniory, chodilo se na vycházky okolo budovy. Také chodily dárečky od Ježíškových vnoučat.

Výzkumník: Využili nabízené možnosti uživatelé?

Informant: Ano, velká většina uživatelů ráda využila tyto aktivity. Každá maličkost vedla k jejich zlepšení nálady.

Výzkumník: Byly nabízené možnosti dle Vás dostačující?

Informant: Myslím si, že ano, i přes některé nejistoty a za pomoci pracovníků z jiné služby se podařilo udržet provoz v omezených podmínkách. Bohužel v několika případech uživatelé viru podlehlí.

Výzkumník: to bylo asi těžké i pro Vás, že?

Informant: Ano, bylo to velmi náročné.

Výzkumník: Ještě jednou bych Vám chtěla poděkovat za Vaši ochotu hovořit se mnou. Vím, že to pro Vás bylo těžké. Přeji ať přijdou klidnější dny.

Informant: Děkuji i Vám klidné pohodové dny.